

3012930-6

PROCESSING COPY  
Reel #40CENTRAL INTELLIGENCE AGENCY  
INFORMATION REPORT

This material contains information affecting the National Defense of the United States within the meaning of the Espionage Laws, Title 18, U.S.C. Secs. 793 and 794, the transmission or revelation of which in any manner to an unauthorized person is prohibited by law.

C-O-N-F-I-D-E-N-T-I-A-L

25X1

COUNTRY Bulgaria  
SUBJECT Medical Service in the Army  
DATE OF INFO.  
PLACE ACQUIRED

REPORT  
DATE DISTR. 10 October 1956  
NO. OF PAGES 1  
REQUIREMENT  
REFERENCES

25X1

25X1

THE SOURCE EVALUATIONS IN THIS REPORT ARE DEFINITIVE.  
THE APPRAISAL OF CONTENT IS TENTATIVE.  
(FOR KEY SEE REVERSE)

25X1

Attached is a 243-page monograph entitled: Organizatsiya i taktika na meditsinska sluzhba (Organization and Tactics of the Medical Service), issued by the Nauka i Izkustvo Publishing House in 1955 in 2057 copies. It discusses among other things medical service in various military echelons and defense against poisonous substances and atomic weapons.

25X1

When detached from this report, the attachment is UNCLASSIFIED.

C-O-N-F-I-D-E-N-T-I-A-L

STATE	X	ARMY	Ev X	NAVY	X	AIR	X	FBI		AEC		OST	Ev X	
-------	---	------	------	------	---	-----	---	-----	--	-----	--	-----	------	--

(NOTE: Washington distribution indicated by "X"; Field distribution by "#")

**ОРГАНИЗАЦИЯ И ТАКТИКА  
НА  
МЕДИЦИНСКАТА СЛУЖБА**

Т. Д. ДРОНЗИН, Й. М. НАУМОВ, ЦВ. Н. АНДРЕЕВ

ОРГАНИЗАЦИЯ И ТАКТИКА  
НА МЕДИЦИНСКАТА  
СЛУЖБА



ДЪРЖАВНО ИЗДАТЕЛСТВО „НАУКА И ИЗКУСТВО“  
София — 1955

## СЪКРАЩЕНИЯ

АББ — Армейска болнична база	МСР — Медико-санитарна рота
АСР — Авто-санитарна рота	НОВ — Нестойки отровни вещества
БЛР — Болница за леко ранени	ОДО — Отделение за дегазационна об- работка
БМП — Батальонен медицински пункт	ОДР — Обмивъчно-дезинфекционна ро- та
БОВ — Бойни отровни вещества	ОРМУ — Отделна рота за медицинско усилване
БРВ — Бойни радиоактивни вещества	ОТМС — Организация и тактика на медицинската служба
БрМП — Бригаден медицински пункт	ПАЗ — Противоатомна защита
БТМВ — Бронетанкови и механизирани войски	ПАЛ — Патологоанатомична лабора- тория
БВБ — Военно-болничен влак	ПАМСС — Полеви армейски медико-са- нитарен склад
ВВС — Военно-въздушни сили	ПБО — Полеви банен отряд
ВМП — Временен медицински пункт	ПЕП — Полеви евакуационен пункт
ВМС — Военно-морски сили	ПМП — Полкови медицински пункт
ВСВ — Военно-санитарен влак	ППО — Полеви перален отряд
ВСЛ — Военно-санитарна летучка	ППП — Постове за първа помощ
ГВМУ — Главно военно-медицинско уп- равление	ПСДП — Полкови санитарно-дегазаци- онен пункт
ГСМ — Горивно-смазочни материали	ПСТ — Пост на санитарния транспорт
ДМП — Дивизионен медицински пункт	РМП — Ротен медицински пост
ДСДП — Дивизионен санитарно-дегаза- ционен пункт	РП — Разпределителен пост
ЕБ — Евакуационна болница	СБ — Стрелкови батальон
ЕП — Евакуационен приемник	СД — Стрелкова дивизия
ИППБ — Инфекциозна полева подвиж- на болница	СЕБ — Сортировъчна евакуационна бол- ница
КЕБ — Контролна евакуационна бол- ница	СЕО — Санитарно-епидемичен отряд
КМП — Корпусен медицински пункт	СК — Стрелкови корпус
КО — Команда за оздравяващи	СКП — Санитарно-контролен пункт
КСР — Конно-санитарна рота	СО — Санитарно отделение
ЛР — Леко ранени	СОВ — Стойки отровни вещества
МОА — Медицински отдел на армията	СП — Стрелкови полк
МПП — Медицински пункт на пере- правата	СП — Сортировъчен пост
МРП — Медицински разпределителен пункт	СПАМ — Сборен пункт за аварийни машини
МС — Медицинска служба	
МСБ — Медико-санитарен батальон	
МСВ — Медико-санитарен взвод	



СППБ — Специализирана полева подвижна болница	ФББ — Фронтowa болнична база
СР — Стрелкова рота	ФМСС — Фронтowi медико-санитарен склад
СТР — Средно тежко ранен	ХЕБ — Хирургична евакуационна болница
СХЗ — Санитарно-химична защита	ХППБ — Хирургична полева подвижна болница
ТЕБ — Терапевтична евакуационна болница	ЧОПЕП — Челен отряд на полевия евакуационен пункт
ТППБ — Терапевтична полева подвижна болница	
ТР — Тежко ранени	

## ПРЕДГОВОР

Съвременната война изисква въвличането в бойните действия на многочислени армии и огромно количество бойна техника. Същевременно мощта и поразяемостта на средствата за воюване нараства и особено при възможността за употреба на средства за масово унищожение (атомно, химично и бактериологично оръжие). Такава война носи голямо разрушение и неизброими човешки жертви.

Ролята и значението на медицинската служба значително нарастват. Обслужването на ранените в трудните и сложни условия на военната обстановка налага в работата на медицинската служба голямо напрежение и изисква добра оперативност. Както във всяко дело, така и в тая област решаващо значение за успеха в работата на медицинската служба има подготовката на медицинските работници от всички звена за работа в усложнените условия на съвременната война.

Усвояването на особеностите на военновременната патология и организацията на работа на медицинската служба ще е необходимо както за лекарите, работещи сред войските, така и за стоящите на сектора на гражданското здравеопазване, тъй като в съвременната война тилът ще бъде поставен също така под разрушителните удари на мощните средства за поразяване. Ето защо от студентите медици, бъдещи лекари, се изисква да бъдат обучени като добри медици, но такива медици, които успешно биха се справили с особеностите в работата на здравеопазването във военно време. С тези въпроси те трябва да се запознават както в процеса на обучението си във Висшите медицински институти, така и в по-нататъшната си практика.

Предлаганото ръководство е разработено въз основа на опита на съветската медицина във Великата отечествена война по достъпните източници и малкия опит, който авторите имат като преподаватели в тая област.

Разглеждайки основните въпроси на организацията и тактиката на медицинската служба, авторите са се постарали да подредят и под-

несат този материал в ред и форма, подходящи за усвояването му от студентите. Дадени са преди всичко най-важните принципи, върху които се строи работата на медицинската служба във войната, като бегло са посочени и някои тенденции в развитието на тези принципи в съвременния етап от развитието на военната медицина. Отделните положения не бива да се разглеждат като шаблонни и строго заковани норми, а да се схващат като ръководни начала, съобразявайки се с тяхното развитие и с творческото им приложение във всеки един случай.

Това ръководство може да бъде помагало на всеки медик при изучаването на ОТМС и разработването на различни въпроси в областта на военната медицина. Надяваме се, че то ще допринесе за по-добрата подготовка на медицинските работници.

Като пръв опит това помагало несъмнено има слабости. Желателно е всички, които го ползват да подпомогнат авторите с критичните си бележки. По този начин те ще съдействуват за неговото подобряване.

София

2 ноември 1955 год.

Мед. полковник Иван Г. Хариев

## УВОД

Военната медицина е клон от общата медицина и като наука разглежда въпросите за здравеопазването на личния състав на въоръжените сили. Тя е съществувала още в дълбока древност и нейното развитие е вървяло успоредно с икономическото развитие на обществото, на медицината и науката въобще, като особено голямо развитие има в първата половина на XX век и напоследък в Съветския съюз.

Социалистическият обществен строй даде неограничени възможности за развитието на военната медицина и днес ние сме свидетели на огромните ѝ постижения особено през време на Великата отечествена война на Съветския съюз и след нея. Това нейно развитие върви успоредно с развитието на прогресивната съветска наука, като всяко съвременно постижение на науката и на медицината оказва своето влияние върху военната медицина и обратно. Няма постижение в прогресивната научна мисъл, което да не е използвано в една или друга степен за подобряване на здравеопазването на личния състав на въоръжените сили, а придобитият огромен опит от военната медицина през годините на Великата отечествена война се ползва изцяло в организацията на гражданското здравеопазване в годините на мирното социалистическо строителство.

Основната задача, която стои пред военната медицина, е социалистическите грижи за човека като най-ценен капитал в социалистическото общество. Тъй като армията набира своите континенти от широките слоеве на народа и бойците се намират в армията само известен кратък период от своя живот, а след това остават наново извън грижите на военното здравеопазване, то голямата част от своя живот те се намират под грижите на гражданското здравеопазване — преди да постъпят във войската и след тяхното увольняване от нея.

В редовете на войската постъпват здрави и в разцвета на своите сили младежи от народа, за чието здраве и правилно физическо развитие до идването им във войската се грижи гражданското здравеопазване, и то така, че армията да бъде подсигурана само с годни кадри. След увольняването на тези младежи те остават пак под грижите на гражданското здравеопазване. Оттук ясно проличава огромното значение на съществуващата връзка между военното здравеопазване и гражданското — между народ и армия.

Разработвайки по строго научен път принципите и методите на медицинското осигуряване на личния състав на войската, военната медицина не може да не се съобразява със съществуващите такива в гражданското здравеопазване. Това налага при разработване въпросите на медицинското осигуряване на армията военната медицина да държи най-тесна връзка с гражданското здравеопазване и живо да се интересува от неговата организация, методите му на работа и постиженията в различните области на медицинската наука.

При сегашните условия военно-медицинските кадри в нашата страна получават своето медицинско образование във висшите учебни заведения на гражданското здравеопазване, а след преминаването на известни допълнителни военно-медицински курсове преминават на работа в областта на военната медицина. А през време на война, когато най-добрите кадри на гражданското здравеопазване преминават в редовете на армията, то границата между тези два сектора на социалистическото здравеопазване се заличава.

От всички тези неща може да се направи изводът, че е необходимо пълно единство и единно разбиране по въпросите за организацията на медицинското осигуряване и в двата сектора. Това единно разбиране съществува, примери за него има много и поради това единство организацията на медицинското осигуряване във войската в мирно време не се отличава почти по нищо от това на гражданското, обаче през време на война то има съществени отлики.

Организацията и тактиката на медицинската служба е основна дисциплина на военната медицина, чрез която се изучават организационните форми на медицинското осигуряване, отнасящи се до всички останали военно-медицински дисциплини.

Медицинското осигуряване на войската във военно време е основната задача на военната медицина. Изучаването на военновременния травматизъм, патологията и терапията на нараняванията и заболяванията във време на война, пораженията от бойните отровни вещества, атомното оръжие и друго оръжие за масово унищожаване, предпазването от възникването и разпространяването на инфекциозни заболявания обосновава медицинското осигуряване на войските във военно време. Особеностите на бойната обстановка, на заболяванията и нараняванията през време на война поставят пред военната медицина по-други задачи от тях, които стоят пред медицинската наука въобще.

Съвременните войни се характеризират с масово участие на голям брой хора, бойна техника и ангажиране на цялото население на определена страна с всичките материални и морални сили на народа. Съвременните войни освен с участието на многомилionenни армии се характеризират с голяма подвижност на войските и голям брой жертви особено при употребата на оръжие за масово унищожаване. За

кратки срокове от време съвременните войни са в състояние да заличат от лицето на земята богатствата на цяла страна заедно с голяма част от нейното население. Днес войната се води не само на фронта, а по цялата дълбочина на страната и тила. Това поставя остро въпроса за подсикуряването на армията с кадри за попълнение.

Попълването редовете на войската с редовни набори, както показва опитът от последните войни, съвсем не е достатъчно. Затова основен резерв на войската са ранените и болните, особено леко ранените, които трябва да бъдат върнати обратно в строя по възможност в най-голям брой от тях и в най-кратки срокове.

Комплектуването на съвременните въоръжени сили с различни родови войски налага строга диференциация на военния труд, а от тук и разнообразието и различието на травматизма и заболяванията от тях, които се срещат в мирно време. Прилагането на нови средства за водене на война и новата бойна техника доведоха до появяването на нови патологични форми, неизвестни досега, и до голямо разнообразие и най-различни комбинации на военновременния травматизъм и заболявания. Естествено е всичко това да наложи нови изисквания и необходимост от нови форми на медицинското осигуряване, от една страна, а от друга — необходимостта от разделяне на военната медицина на редица специфични военно-медицински дисциплини, които да могат цялостно да обхванат и задълбочено да разработят въпросите на медицинското осигуряване на войската.

В съвременния етап на своето развитие военно-медицинската наука се дели на три основни раздела, които отговарят на основното направление на прогресивната медицинска наука, съчетано със задачите, които стоят пред медицинската служба във войската. Тези три раздела обхващат:

1. Профилактични военно-медицински дисциплини.
2. Организационни дисциплини.
3. Лечебно-профилактични дисциплини.

Засега военната медицина има 16 отделни дисциплини. Всяка от военно-медицинските дисциплини разработва въпросите на медицинското осигуряване в своята област, като дава формите и методите на това осигуряване, изхождайки от постиженията на медицинската наука.

Организацията и тактиката на медицинската наука като основна дисциплина на военната медицина обединява и организира усилията на останалите военно-медицински дисциплини, използва техните научни постижения, за да даде най-добрите и най-гъвкавите организационни форми по медицинското осигуряване на войските. Тази дисциплина обединява в едно единно цяло медицинското осигуряване на войските в съвременната война, изхождайки от тактиката и стратегията, която прилагат войските, и постиженията на военно-ме-

дицинската наука. По този начин медицинското осигуряване на войските не е откъснато от общотактическата обстановка, а се провежда при строго отчитане на конкретната бойна обстановка.

\* \* \*

Военната медицина има своя многовековна история, началото на която започва от дълбока древност. До появянето на въоръжените сили като мирновременна организация за военна медицина не може и дума да става. „Докогато въоръжените сили не са били оформени в самостоятелно обособена мирновременна организация, а възникват „като въоръжен народ“ в момента на бойни състикования . . . „военно-санитарното дело по своето съдържание се явява продължение на тоя хигиенен режим, който е свойствен на населението в мирни условия . . . а по отношение на бойните поражения се базира на са-мопомощ и взаимопомощ“ (Зиновий Петрович Салав'ов).

С възникването на постоянните въоръжени сили и тяхното раз-витие в древните робовладелчески държави възникват и първите на-чени на военната медицина, която дава начините за оказване на ме-дицинска помощ на ранените на бойното поле.

От известните паметници в древноегипетската държава се виж-да, че медицинската помощ освен от лекари, изхождащи от касгата на жреците, е била оказвана и от военни лекари, които са следвали зад войските.

От санскритските ръкописи на древна Индия могат да се взе-мат изчерпателни данни за начините и методите за обслужване на ранените и болните и тяхното лечение. Тези данни показват, че воен-ната медицина в древна Индия е била на високо ниво.

Бурното развитие на робовладелческите държави, изразено най-силно в Атинска Гърция, след гръцко-персийските войни се съпро-вожда и с небивал разцвет на науката и изкуството и в частност на научната медицина. Хирургията и медицинската наука въобще дости-гат значително съвършенство, обогатени от многочислените наблюде-ния за лечението на раните. Начало на научната медицина се слага от гения на древната медицинска мисъл Хипократ.

След упадък на древна Гърция центърът на военната медици-на се пренася в Македонската държава, а по-късно — в Римската империя.

Разпадането на робовладелческото общество и периодът на господството на феодализма се съпровожда от небивал икономически упадък и пълно западане на науката.

Дълбокият упадък във всички области на обществото се отразя-ва и върху военната медицина. В епохата на феодализма в Европа е имало сравнително малко научно образовани лекари, а широките на-

родни маси, дори и представителите на господстващата класа са прибягвали до медицинската помощ на всевъзможни знахари, шарла-тани и самоуци. Опитът и знанията на медицинската наука от дре-вните робовладелчески държави отстъпили място на груб емпиризм и суеверие.

В този период от време (IX — XIV в.) за разпространяването на науката и културата значителна роля имат арабите, които устано-вили широки търговски връзки между Африка, Азия и Европа, дали възможност за пренасянето на постиженията на медицинската наука. Те запазили постиженията на гръцката медицина, но значително при-месена със суеверие и мистицизм.

Смяната на феодализма от капитализма и създаването на запад-ноевропейските монархистични държави довели до необходимостта от създаването на постоянни наемни армии за защита на господство-то на новата класа. Появил се огнестрелното оръжие, което наложи-ло коренна промяна в тактиката на водене на война. В естествозна-нието и другите клонове на науката настъпили революционни проме-ни, които дали нов тласък на научната мисъл. Духовната диктатура на църквата била отхвърлена и се появили нови смели търсения в областта на медицината, но тя не направила нито крачка напред по отношение начините на лечение на огнестрелните наранявания. Рани-те се лекували с нажежено желязо, с наливане в тях на горещо масло с цел да се отстрани „отровното“ действие на курушумите. Естествено е, че с това „лечение“ не се постигали никакви резултати и за да се спаси животът на ранения, най-често се е прибягвало към ампу-тации. Правенето на ампутациите значително се усъвършенствувало благодарение на откриването на кръвообращението от Харвей (1649) и възвждането на турникета от Морел (1674). Така ампутациите за-почнали да се правят масово. През време на Възраждането знамени-тият френски бръснар-хирург Амброаз Парé (1510—1590) направил революция в лечението на раните и в хирургията. Той отхвърлил съ-ществувалите дотогава методи за лечение на раните и предложил но-ви, като напр. широкото разтваряне на огнестрелните рани, намазва-нето им с антисептични масла и рядкото сменяване на превръзките.

До Пирогов съществувало неотменното правило, че ранната ам-путация има решаващо значение за запазването на живота на ранения.

Н. И. Пирогов въвел нови методи в обработването на рани-те. Въпреки че той не е познавал микробиологията, всички негови методи за лечение на раните са били провеждани с оглед запазване от разпространяване на инфекцията в раните. Неговите методи на глу-ха гипсова превръзка, разсичането на раните и пр. важат и до днес. Заслугите на Пирогов са не само за военно-полетата хирургия, но и за цялата военно-медицинска наука. В неговите трудове се срещат

дицинската наука. По този начин медицинското осигуряване на войските не е откъснато от общотактическата обстановка, а се провежда при строго отчитане на конкретната бойна обстановка.

\* \* \*

Военната медицина има своя многовековна история, началото на която започва от дълбока древност. До появяването на въоръжените сили като мирновременна организация за военна медицина не може и дума да става. „Докогато въоръжените сили не са били оформени в самостоятелно обособена мирновременна организация, а възникват „като въоръжен народ“ в момента на бойни съдържания... „военно-санитарното дело по своето съдържание се явява продължение на тоя хигиенен режим, който е свойствен на населението в мирни условия... а по отношение на бойните поражения се базира на са-мопомощ и взаимопомощ“ (Зинови Петрович Салавъв).

С възникването на постоянните въоръжени сили и тяхното развитие в древните робовладелчески държави възникват и първите на-ченки на военната медицина, която дава начините за оказване на медицинска помощ на ранените на бойното поле.

От известните паметници в древноегипетската държава се вижда, че медицинската помощ, освен от лекари, изхождащи от касата на жреците, е била оказвана и от военни лекари, които са следвали зад войските.

От санскритските ръкописи на древна Индия могат да се вземат изчерпателни данни за начините и методите за обслужване на ранените и болните и тяхното лечение. Тези данни показват, че военната медицина в древна Индия е била на високо ниво.

Бурното развитие на робовладелческите държави, изразено най-силно в Атинска Гърция, след гръцко-персийските войни се съгрозавожа и с небивал разцвет на науката и изкуството и в частност на научната медицина. Хирургията и медицинската наука въобще достигат значително съвършенство, обогатени от многочислените наблюдения за лечението на раните. Начало на научната медицина се слага от гения на древната медицинска мисъл Хипократ.

След упадък на древна Гърция центърът на военната медицина се пренася в Македонската държава, а по-късно — в Римската империя.

Разпадането на робовладелческото общество и периодът на господството на феодализма се съпровожда от небивал икономически упадък и пълно западане на науката.

Дълбокият упадък във всички области на обществото се отразява и върху военната медицина. В епохата на феодализма в Европа е имало сравнително малко научно образовани лекари, а широките на-

родни маси, дори и представителите на господстващата класа са прибегвали до медицинската помощ на всевъзможни знахари, шарлатани и самоуци. Опитът и знанията на медицинската наука от древните робовладелчески държави отстъпили място на груб емпиризм и суеверие.

В този период от време (IX — XIV в.) за разпространяването на науката и културата значителна роля имат арабите, които установили широки търговски връзки между Африка, Азия и Европа, дали възможност за пренасянето на постиженията на медицинската наука. Те запазили постиженията на гръцката медицина, но значително при-месена със суеверие и мистицизъм.

Смяната на феодализма от капитализма и създаването на западно-европейските монархистични държави довели до необходимостта от създаването на постоянни наемни армии за защита на господството на новата класа. Появило се огнестрелното оръжие, което наложило коренна промяна в тактиката на водене на война. В естествени-иет и другите клонове на науката настъпили революционни промени, които дали нов тласък на научната мисъл. Духовната диктатура на църквата била отхвърлена и се появили нови смели търсения в областта на медицината, но тя не направила нито крачка напред по отношение начините на лечение на огнестрелните наранявания. Раните се лекували с нажежено желязо, с наливане в тях на горещо масло с цел да се отстранят „отровното“ действие на куршумите. Естествено е, че с това „лечение“ не се постигали никакви резултати и за да се спаси животът на ранения, най-често се е прибегвало към ампу-тации. Правенето на ампутациите значително се усъвършенствувало благодарение на откриването на кръвообращението от Харвей (1649) и въвеждането на турникета от Морел (1674). Така ампутациите започнали да се правят масово. През време на Възраждането знаменитият френски бръснар-хирург Амброаз Парé (1510—1590) направил революция в лечението на раните и в хирургията. Той отхвърлил съ-ществуващите дотогава методи за лечение на раните и предложил нови, като напр. широкото разтваряне на огнестрелните рани, намазва-нето им с антисептични масла и рядкото сменяване на превръзките.

До Пирогов съществувало неотменното правило, че ранната ам-путация има решаващо значение за запазването на живота на ранения.

Н. И. Пирогов въвел нови методи в обработването на рани-те. Въпреки че той не е познавал микробиологията, всички неговии методи за лечение на раните са били провеждани с оглед запазване от разпространяване на инфекцията в раните. Неговите методи на глу-ха гипсова превръзка, разсичането на раните и пр. важат и до днес. Заслугите на Пирогов са не само за военно-полевата хирургия, но и за цялата военно-медицинска наука. В неговите трудове се срещат

редица указания по медицинското осигуряване на бойните действия на войските, които не са загубили своето значение и на съвременния етап на развитие на военната медицина. След Пирогов руската военна медицина получи такова развитие, че далеч надмина западноевропейската. Своето най-голямо развитие военната медицина получи в Съветския съюз, и то особено през годините на Великата отечествена война, като изигра съществена роля за връщането на голям брой ранени и болни на фронта.

\* \* \*

За осъществяване задачите на военната медицина във войската съществува специална организация на медицинските сили и средства, наречена медицинска служба. Тази организация на медицинските сили и средства не е откъсната и самостоятелна, а намира своето място в общата организация на армията и във всяко поделение, част или съединение на армията има звена на медицинската служба, пред които стоят конкретни задачи по медицинското осигуряване на тия поделения.

Задачите на медицинското осигуряване във войските се осъществяват от медицинската служба с нейни собствени сили и средства. За тая цел тя разполага с достатъчна материална база и кадри. В личния състав на медицинската служба са включени от санитаря до най-добрите специалисти в областта на военно-медицинската наука.

Основната дейност на медицинската служба във войската е медицинското осигуряване на войските в мирно и военно време. Мирновременното медицинско осигуряване на войските се отличава малко от това на гражданската медицинска служба, обаче военновременното има специфични особености, свързани с характера на съвременните войни.

Медицинските служби на Съветската армия и на нашата армия се отличават рязко по своето съдържание и по обема на възлаганите им задачи от медицинските служби на буржоазните армии. Основната разлика между медицинските служби на социалистическите и буржоазни армии е отношението им към човека, към войника, благодарение на чиято доблест и самоотверженост, а не рядко и на кръвта и живота му се печели победата. В самата основа на нашето социалистическо отечество е поставена неотслабващата, постоянната и всеобхватната задача по грижите за човека като основен капитал. Тия грижи в условията на съвременните войни, не само че не отслабват, а, обратно, стават още по-големи, още по-задълбочени и всестрани. Боецът не е пушечно месо, а защитник на социалистическата ни родина и органите на медицинската служба трябва да използват всички съвременни средства на профилактиката, диагностиката и лечени-

то, те са длъжни да мобилизират всички свои сили, енергия и знания в борбата за запазване здравето на бореца или за най-скорошното и дълго възстановяване здравето на болните и ранените.

В армиите на капиталистическите страни организацията на помощта за ранените и болните се диктува от съображението, дали дадено мероприятие по лечението се рентира, или не. На грижите на медицинската служба се радват ония ранени, на които нараняването е от такова естество, че след тяхното оздравяване те пак могат да бъдат експлоатирани било като се върнат отново на фронта, или се изпратят във фабриките на капиталистите. Тежко ранените не са обект на грижи, тъй като тяхното оздравяване е проблематично, а и след като оздравеят, остават в тежест на капиталистите.

През годините на Великата отечествена война медицинската служба на Съветската армия, ръководена от основния закон на социалистическото си отечество за грижите към човека, не допусна възникването на инфекциозни заболявания и тяхното масово разпространяване, като наред с това разреши напълно задачите по медицинското осигуряване на войските и лечението на ранените и болните бълци. Ако направим сравнение за върнатите ранени и болни бойци през войната 1914 — 1918 г. и върнатите през годините на Великата отечествена война, ще видим огромна разлика. Докато през Първата световна война руската военна медицинска служба върна в армията от 40 до 45 % от ранените и болните, то съветската военно-медицинска служба върна в строя повече от 72 %. За тия успехи имат заслуга не само съветската военно-медицинска служба, но и целият съветски народ, Комунистическата партия и съветското правителство. За тези успехи имат заслуга както личният състав на медицинската служба, който с небивал героизъм осъществи задачите на медицинската служба, така и личният състав на Съветската армия и нейното командване. Ежедневното внимание на командването към задачите на медицинската служба и нейните нужди бяха важен фактор за правилната организация на медицинското осигуряване. Задачите, поставени пред медицинската служба, бяха задачи и за командването и затова имаше успех.

\* \* \*

Като научна дисциплина Организацията и тактиката на медицинската служба разработва въпросите по организацията на медицинското осигуряване на бойните действия на войските и организационните форми за дейността на медицинската служба.

При разработването на организационните въпроси организацията и тактиката на медицинската служба се ръководи от съвременното състояние и постижения на военната медицина и по-конкретно постиженията на останалите военно-медицински дисциплини и състояния.

то на военното изкуство. Това ѝ дава възможност за осъществяване на здрава връзка както с останалите военно-медицински дисциплини, така и с военната медицина и военната тактика.

В първата глава от общата част на организацията и тактиката на медицинската служба се разглеждат съдържанието и задачите на самата дисциплина.

Във втората глава се разглеждат организацията, съставът и задачите на медицинската служба, като са описани подробно: медицинската служба в стрелковата рота, стрелковия полк и дивизия. При разглеждането на организацията на медицинската служба се въвежда тая на пехотата като основен род войска.

В третата глава се разглеждат основните въпроси по медицинското осигуряване на войските, като под това трябва да разбираме цялата онай дейност, която осъществява медицинската служба по предпазването, лечението и евакуацията на ранените и болните, снабдяването с медико-санитарно имущество и здравнопросветната работа, която извършва медицинската служба. В тая глава се обръща особено внимание на съвременната система, по която се стръи медицинското осигуряване на войските, като подробно и задълбочено се дават особеностите на тая система.

Освен това в общата част са разгледани въпросите на противоепидемичното осигуряване на войските и някои въпроси на бактериологичната война, организирането на медицинското снабдяване, медицинското разузнаване и управлението на медицинската служба.

В специалната част се разглеждат въпросите по медицинското осигуряване на стрелковата рота, батальона, полка и дивизията. В отделни глави са описани медицинското осигуряване на роловете войски, като се изтъкват неговите особености и медицинското осигуряване в особени случаи. Специалната част завършва с кратки сведения за медицинската служба на отделната армия. В тая глава са дадени най-принципните неща по организацията на медицинската служба на отделната армия.

Организацията на медицинското осигуряване, организацията на медицинската служба, дадени в ръководството, са напълно по опита на Великата отечествена война на Съветския съюз. Всички цифрови данни, таблици и примери, които са дадени, също така са взети от този опит със съответното тълкувание.

Опитът, който има медицинската служба на нашата народна армия макар и малък също е отразен, а новосъздадените особености в медицинското осигуряване поради опасността от употребата на атомното оръжие са само набелязани, тъй като са обект на доуточняване.

## ОБЩА ЧАСТ

### Глава I

#### ОРГАНИЗАЦИЯ И ТАКТИКА НА МЕДИЦИНСКАТА СЛУЖБА

##### ПРЕДМЕТ И МЕТОД

За правилното и своевременно организиране на медицинското осигуряване на войските е необходимо то да се осъществява по определени принципи и методи. Такива организационни принципи и методи за медицинското осигуряване дава организацията и тактиката на медицинската служба.

Организацията и тактиката на медицинската служба (ОТМС) е наука за организацията на медицинското осигуряване на бойните действия на войските. В другите военно-медицински дисциплини (военно-полевата хирургия, военно-полевата терапия, военната хигиена и др.) се изучават в по-голяма или по-малка степен патологията и терапията на военновременните заболявания и травматизъм и дават методите на лечението и профилактиката на тези заболявания. За разлика от тези военно-медицински науки организацията и тактиката на медицинската служба изучава принципите, по които се организира медицинското осигуряване в зависимост от конкретната бойна обстановка. Така че организацията и тактиката на медицинската служба определя от какво зависи организацията на медицинското осигуряване, развитието на организационните форми и методи, смяната на едни организационни форми с други и кое определя основните принципи, по които се строи медицинското осигуряване.

В миналите войни оказването на медицинската помощ на ранените и болните, тяхната евакуация, както и предпазването на бойците от различните инфекциозни заболявания са били разпокъсани и недостатъчни. Тази разпокъсаност е довела до редица неблагоприятни в медицинското осигуряване на войските. Съществували са само някои отделни елементи от организационните форми на медицинското осигуряване и въпреки наличието на добре подготвени и немалък брой медицински кадри медицинското осигуряване на бойните



действия на войските е било на ниско ниво, защото тези медицински работници не са имали почти никаква подготовка по организационните въпроси.

С организационните въпроси на медицинското осигуряване са се занимавали хирурзите, поради това че те са имали най-много работа във време на война. Така например видните хирурзи на Наполеоновата армия — Перси и Ларей, са отделяли специално внимание на организацията на болничното лечение на ранените и болните.

В Русия пръв обръща внимание върху важноста на организационните въпроси при оказването на медицинска помощ на ранените и болните на бойното поле Н. И. Пирогов, който казва: „Ако лекарят в такъв случай не си постави главна цел преди всичко да действа административно, а след това лечебно (като лекар) то той съвсем ще се обърка и нито неговата глава, нито ръцете му няма да окажат помощ“ (т. I, стр. 29, Начала общей военно-полевой хирургии). В трудовете на Н. И. Пирогов има редица указания по организационните въпроси за оказване на хирургична помощ, както и по въпросите по организацията на болничното лечение на ранените и болните.

След Пирогов в Русия започва все повече и повече да се среща в научните трудове терминът „санитарна тактика“. По същото време и в Западна Европа в трудовете на френските и немските автори също се среща този термин.

Въпреки тези начални опити да се разработят някои от основните въпроси по организацията на медицинското осигуряване, но стройна система по организацията на медицинското осигуряване не е имало.

В Руско-японската война въпреки наличието на медицински кадри и достатъчно лечебни учреждения в руската армия медицинското осигуряване е било на много ниско ниво и не е дало резултати, поради това че медицинските кадри, на работа в армията, са били слабо подготвени по организацията на медицинското осигуряване. Отчитайки неблагоприятното по отношение на медицинското осигуряване във войната с Япония, в руската армия се въвеждат курсове по санитарна тактика за военните лекари. Това обаче не довело до особено подобряване на медицинското осигуряване и през Първата империалистическа война няма никакви промени в организацията на медицинското осигуряване. Първата помощ на бойното поле се е оказвала след завършването на боя и в затишие, хирургичната медицинска помощ в близост до фронта почти не е оказвана, а е съществувал стремежът да се евакуират всички ранени колкото се може по-далеч от фронта. При такава организация на медицинското осигуряване в бойните действия на войските от руската армия медицин-

ската служба е успяла да върне в строя около 40–45% от общия брой на ранените и болните.

Не по-добре е било положението и във френската и в германската армия през време на Първата империалистическа война. Медицинските офицери не са имали никаква подготовка по организацията на медицинското осигуряване, писали са единни теоретични трактати по основните въпроси на организацията на медицинската помощ на бойното поле, поради което медицинското осигуряване не се е базирано на ясни организационни принципи.

В германската армия медицинската служба, изхождайки от настъпателния дух на армията и схващането, че ранната хирургична помощ дава много по-добри резултати, въвела много полски подвижни учреждения с отдели медицинската служба да следва настъпващата армия непосредствено и хирургичната помощ, възмичително и болничното лечение, да се извършват в дивизиите и корпусите. До известна степен това е дало възможност на медицинската служба на германската армия да осигури в медицинско отношение бойните действия на войските.

В същото време медицинската служба на френската армия прави обратни изводи за медицинското осигуряване. Изхождайки от големата подвижност на бойните действия и големата дълбочина на военните операции, както и от опасността настъпващият противник да унищожи медицинските средства и учреждения и с това да провали извозването на ранените и болните към тила, то френската военна медицинска служба е хвърлила всичките си усилия за възможно най-бързото евакуиране на ранените и болните в тила. Тези изводи са позволили на медицинската служба на френската армия да се справи добре, за което е била подпомогната от наличието на добре развита железопътна мрежа в граничните райони с Германия.

Такова разрешение на организацията на медицинското осигуряване, макар и да е дало временни резултати, не може да се счита за правилно, тъй като тези резултати не са се основавали на никакви организационни принципи. Непълното разрешаване на тези организационни въпроси се вижда и от опита на Втората световна война.

През времето на Втората световна война медицинската служба на германската армия, изхождайки от принципите на „светкавичната война“, не беше подсирила огромната по численост Хитлерова армия с достатъчен брой медицински кадри, полски подвижни учреждения и запаси. Тя разчиташе на мощните транспортни средства за бързата евакуация в дълбокия тил. Това довело до редица неблагоприятни в медицинското осигуряване на бойните действия. Удължаването на евакуационните пътища, унищожаването на транспортните средства в тила на армията и недостатъчният брой на хирурзите поведоха до намаляването на обема на медицинската помощ във вой-

сковия район, който беше претрупан с ранени. Липсата на организация на специализираната хирургична помощ доведе до много голяма смъртност сред ранените. По данни на Е. И. Смирнов във Втората световна война в германската армия са умрели 90 % от ранените бойци в корема и главата, 80 % от ранените в гръдния кош, а от ранените в бедрото със счупване на бедрената кост — 70 %.

Поради наличието на неправилни схващания по основните въпроси на организацията на медицинското осигуряване на войските и на характерното отношение на капиталистите, за които бойците бяха като пушечно месо, медицинската служба на германската армия през Втората световна война можа да върне в строя едва 40 % от общия брой на ранените и болните (по Е. И. Смирнов).

Като самостоятелна дисциплина на военната медицина организацията и тактиката на медицинската служба се обособи и получи своя пълен разцвет в Съветския съюз.

Грижата за човека е основната задача на съветската държава, а запазването на здравето и живота на боец е основна грижа на ръководителите на Съветската армия. Това наложи да се разработят основните принципи на медицинското осигуряване, основавайки се на постиженията на съвременната медицинска наука. Голямото развитие на военната медицина в СССР и значението, което се отделя на организационните форми, изиграха решаваща роля за развитието и на организацията и тактиката на медицинската служба като отделна научна дисциплина с голямо значение. Това, че ръководството на медицинското осигуряване беше съсредоточено в ръцете на медицинската служба, допринесе особено много за развитието на организацията и тактиката на медицинската служба. Военната медицина формулира основните принципи, по които се организира медицинското осигуряване на войските в съвременните войни, по такъв начин, че медицинските работници от Съветската армия можаха да бъдат въоръжени с достатъчно знания и умения, което им позволи да се справят с изискванията на медицинското осигуряване в съвременните войни. „Известно е, че теорията, ако тя е действително теория, дава на практиката сили за ориентирание, ясност в перспективата, увереност в работата, вяра в победата на нашето дело“ (И. В. Сталин — реч пред конференцията на аграрите-марксистите, 1922).

Изхождайки от това сталинско положение, медицинската служба в Съветската армия организира широка теоретична подготовка на военно-медицинските кадри и въобще на медицинските кадри по организация и тактика на медицинската служба.

Организацията и тактиката на медицинската служба като наука за организацията на медицинското осигуряване на бойните действия на войските е научна основа, върху която се изгражда работата на медицинската служба във време на война. Разбира се, че кон-

кретната бойна обстановка много често налага своеобразни форми и методи на медицинското осигуряване, но те винаги се базират на основните организационни принципи, по които се строи медицинското осигуряване.

За да може организацията и тактиката на медицинската служба като научна дисциплина да даде организационните форми и методи на медицинското осигуряване, тя си служи с историко-експерименталния метод на научноизследователска работа. Изучавайки бойния опит на медицинските служби в миналите войни, организацията и тактиката на медицинската служба използва техния опит, открива положителните страни на миналите организационни форми, както и техните слабости и подобрява тези организационни форми или изгражда нови.

При изучаване дейността на медицинските служби в миналите войни организацията и тактиката на медицинската служба се основава на общественото развитие на съответната епоха, на развитието и постиженията на военната наука, военната медицина и медицинската наука въобще. Само по тоя начин организацията и тактиката на медицинската служба може да даде правилни, научно обосновани форми и методи на организация на медицинското осигуряване. В това отношение най-добри резултати дава изучаването на бойния опит на съветската военно-медицинска служба през годините на Великата отечествена война на СССР. Опитът на медицинската служба на Съветската армия показва, че правилната организация на медицинското осигуряване и предварителната задълбочена теоретична и практическа подготовка на военно-медицинските работници играе решаваща роля за опазване здравето и живота на бойците и връщането на максимален брой ранени и болни обратно в строя.

Прилагането на най-подходящи организационни форми при медицинското осигуряване в зависимост от конкретната бойна обстановка е осигурявало съвременното оказване на всички видове медицинска помощ и съвременното евакуиране на ранените и болните. През времето на Великата отечествена война на СССР медицинската служба на Съветската армия провери на дело основните организационни принципи и методи, дадени от организацията и тактиката на медицинската служба, а също така потвърдиха се думите на великия руски хирург Н. И. Пирогов, че „не медицината, а администрацията (организацията)“ играе решаваща роля през време на война“.

Освен историческото изучаване на бойния опит на медицинските служби в миналите войни организацията и тактиката на медицинската служба си служи и с експерименталния метод. Използу-

1 Пояснение от автора.

вайки постиженията на другите военно-медицински дисциплини и на медицината въобще, организацията и тактиката на медицинската служба подобрява организационните форми на медицинското осигуряване, а също така и чрез прилагане методите на решаване на медико-тактически и медико-оперативни задачи на карта и в полеви условия. Полевите занятия дават най-добри резултати, защото те се приближават максимално до бойната обстановка. Провеждането на полеви занятия с участието на войски и при пълното комплектуване на медицинската служба и условното въвеждане на ранени и болни е най-подходящата форма за подобряване на организацията на медицинското осигуряване, както и на организационно-щатната структура на медицинската служба. Провеждането на чисто военно-медицински игри с пълното разгръщане етапите на медицинската евакуация също така дава добри резултати при изучаването на организационните форми на лечебно-евакуационното осигуряване.

Така че като самостоятелна военно-медицинска дисциплина организацията и тактиката на медицинската служба има своя обширна методика за научноизследователска работа, която се разгръща все по-широко и дава възможност на медицинската служба да използва постиженията на организацията и тактиката на медицинската служба за практическо приложение на нови организационни форми в зависимост от развитието на военната наука и използването на нови средства за водене на война.

#### ЗАДАЧИ НА ОРГАНИЗАЦИЯТА И ТАКТИКАТА НА МЕДИЦИНСКАТА СЛУЖБА

Организацията и тактиката на медицинската служба има за задача да изучава:

1. Организационно-щатната структура на медицинската служба.
2. Организационните форми и методите на лечебно-евакуационното осигуряване на бойните действия на армията.
3. Организацията на противоепидемичното осигуряване, медицинското разузнаване и санитарния надзор.
4. Организацията на санитарно-химичната и противоатомната защита при поразяване от БОВ и атомна енергия.
5. Организацията на медико-санитарното снабдяване във военно време.
6. Методите на управление на медицинската служба и маневъра със силите и средствата на медицинската служба.

#### СЪДЪРЖАНИЕ НА ОРГАНИЗАЦИЯТА И ТАКТИКАТА НА МЕДИЦИНСКАТА СЛУЖБА

В съвременния етап на развитие организацията и тактиката на медицинската служба се разделя на обща и специална част.

В общата част влизат следните раздели:

1. Организация, състав и задачи на медицинската служба във военно време.
2. Основи на лечебно-евакуационното осигуряване.
3. Характеристика на силите и средствата на медицинската служба.
4. Основи на организацията на противоепидемичното осигуряване.
5. Медицинско разузнаване.
6. Организация на санитарно-химичната защита и противсатомната защита при употребата на бойни отровни вещества и атомно оръжие.
7. Основи на организацията на медико-санитарното снабдяване.
8. Управление на медицинската служба и маневър със силите и средствата на същата.

В общата част се дават принципните положения, по които се организира медицинското осигуряване и които се базират на съвременното разбиране за водене на бой. В специалната част пък се дава приложението на тези принципи, форми и методи при конкретните видове бой за съответна част или съединение.

В специалната част на организацията и тактиката на медицинската служба се разглеждат организацията на медицинското осигуряване на бойните действия на подразделенията, частите и съединенията в условията на различните видове боеве, при различни условия на местността и годишното време: като: бой в населен пункт, гористо-планинска местност, при преодоляване на водна преграда, през зимата и т. н.

Така че организацията и тактиката на медицинската служба дава на медицинските работници теоретични познания по организирането на медицинското осигуряване на бойните действия на войските и помага на медицинските работници да се справят практически със стоящите задачи пред медицинската служба. Практическото приложение на принципите на организацията на медицинското осигуряване, формулирано от организацията и тактиката на медицинската служба, намира своя израз в уставите, наставленията и правилниците, които се използват за практическо ръководство от медицинските началници. Използването обаче на уставите и разпорежданията без теоретична подготовка би довело до шаблонизиране на формите и методите и би дало лоши резултати при организацията на медицинското осигуряване.

#### РОЛЯ И МЯСТО НА ОРГАНИЗАЦИЯТА И ТАКТИКАТА НА МЕДИЦИНСКАТА СЛУЖБА

Организацията и тактиката на медицинската служба като самостоятелна военно-медицинска дисциплина наред с общото, което характеризира военно-медицинските дисциплини, има и специфични организационни въпроси. В „Марксизмът и въпросите на езикознанието“ Й. В. Сталин казва: „... обществените явления освен това общо имат свои специфични особености, които ги отличават едно от друго и които повече от всичко друго са важни за науката“ (издание БКП, 1952 г., стр. 33). Освен специфичното, което съдържа всяка военно-медицинска дисциплина, като военно-полевата терапия, военно-полевата хирургия, военната хигиена и др., те съдържат и редица организационни въпроси.

При сложността на съвременната война и особеностите на всяка отделна операция медицинското осигуряване не може да се обхване от една военно-медицинска дисциплина. Това е наложило военната медицина да се раздели на много военно-медицински дисциплини, които имат за задача да разработят въпросите по медицинското осигуряване на войските по своите специалности. Обединяването на така разработените въпроси по медицинското осигуряване от отделните дисциплини на военната медицина е задача на организацията и тактиката на медицинската служба. Същевременно организацията и тактиката на медицинската служба е дял на военната медицина, който дава основните организационни принципи, форми и методи и на останалите дисциплини.

При разработването на организационните въпроси организацията и тактиката на медицинската служба се основава на постиженията и на другите военно-медицински дисциплини и на медицината въобще. Разрешаването на организационните въпроси от организацията и тактиката на медицинската служба, без да се изучават задълбочено и всестранно особеностите на тактиката и стратегията, е невъзможно. Така че организацията и тактиката на медицинската служба, давайки организационните форми на медицинското осигуряване, обединява дейността на всички военно-медицински дисциплини, от една страна, а от друга страна, военно-медицинските дисциплини с военната наука и изкуство.

За да може организацията и тактиката на медицинската служба да играе обединяваща роля като военно-медицинска дисциплина, тя трябва да следи отблизо развитието на останалите дисциплини и при всяко тяхно постижение да намира организационните форми за не-

говото приложение в общата система на медицинското осигуряване. Въвеждането на нови средства за водене на война, особено на тия за масово унищожаване, естествено водят до изменения в тактиката и стратегията във воденето на война и също така неминуемо водят и до организационни промени в състава на медицинската служба и в медицинското осигуряване.

## Глава II

ЗАДАЧИ, ОРГАНИЗАЦИЯ И СЪСТАВ  
НА МЕДИЦИНСКАТА СЛУЖБА ВЪВ ВОЕННО ВРЕМЕ

Медицинската служба в армията представлява специална организация на медицинските сили и средства в системата на организацията на армията, осъществяваща задачите на военната медицина. Организацията на медицинската служба се подчинява на системата и формите на организацията на армията, като запазва специални форми на организация, което произтича от задачите, които стоят пред всяко отделно звено на медицинската служба.

Във военно време медицинската служба в армията има важни задачи, които бяха формулирани през времето на Великата отечествена война в СССР. Тези задачи са следните:

1. Запазване живота на възможно най-голям брой от ранените и болните и най-бързото им излекуване с оглед най-голям брой от тях в най-кратък срок от време да се върнат в строя.

2. Предпазване от възникване и разпространяване на заболявания във войската, в частност на инфекциозните заболявания, и провеждане мероприятия, които способствуват за укрепването на здравето на личния състав.

3. Възстановяване трудоспособността и максималното намаляване на инвалидността между ранените и болните (по А. С. Георгиевски, Основи на организацията и тактиката на медицинската служба в действащата армия, второ издание, ДВИ, 1953).

За провеждането и навременното изпълнение на тези задачи медицинската служба организира медицинското осигуряване на бойните действия на войските. Медицинската служба изпълнява тия свои задачи чрез организирането на:

1. Оказването на първа медицинска помощ на ранените и болните на бойното поле, тяхната евакуация и лечение, за която цел медицинската служба разгръща медицински пунктове.

2. Провеждането на профилактични и противоепидемични мероприятия, медицинско разузнаване и санитарен надзор.

3. Снабдяването с медико-санитарно имущество, за което разгръща полеви снабдителни бази.

4. Медико-санитарната подготовка на личния състав на медицинската служба и на целия личен състав на войската.

5. Усилването на подчинените медицински служби с необходимите им сили и средства.

Медицинската служба трябва да разполага с достатъчно сили и средства за изпълнението на тези задачи и тези сили и средства трябва да бъдат така организирани, че да осигуряват най-доброто изпълнение на задачите на медицинската служба. Такава организация на медицинската служба имаше Съветската армия във Великата отечествена война.

При изучаването на организацията на медицинската служба във войската за основа се взема принципната организация на медицинската служба в Съветската армия през Великата отечествена война, и то в пехотата като основен род войска. Организацията на медицинската служба в другите родове войски се устройва по същия принцип, както и в пехотата, като се отчита специфичността на организацията и тактиката на съответния род войска.

Организацията на медицинската служба в пехотата започва от стрелковата рота. В стрелковата рота има санитарно отделение на ротата (СО) с командир санитарен инструктор. Санитарното отделение на ротата осъществява медицинското осигуряване на същата.

Медицинското осигуряване на стрелковия батальон се организира и осъществява от медико-санитарния взвод (МСВ) на стрелковия батальон. Командир на медико-санитарния взвод е фелдшер (медицински техник). При необходимост през време на боя медико-санитарният взвод разгръща със собствени сили и средства батальонен медицински пункт (БМП).

В стрелковия полк има медико-санитарна рота (МСР) с командир лекар, който е първи заместник на началника на медицинската служба в стрелковия полк. Ротата разкрива полков медицински пункт (ПМП) със собствени сили и средства. Началник на медицинската служба в стрелковия полк е старшият полков лекар.

В стрелковата дивизия има медико-санитарен батальон (МСБ). Медико-санитарният батальон представлява мощно медицинско подразделение, което през време на боя разгръща дивизионен медицински пункт (ДМП) със собствени сили и средства. Началник на медицинската служба в дивизията е дивизионният лекар, а неговият първи заместник е командирът на медико-санитарния батальон.

В стрелковия корпус началник на медицинската служба е корпусният лекар. В стрелковия корпус няма щатни медицински подразделения. Началникът на медицинската служба в корпуса ръководи работата на дивизионните медицински служби на дивизиите, придани към корпуса. При необходимост на корпусния лекар се прида-

ват медицински учреждения от началника на медицинския отдел на армията.

В отделната армия има медицински отдел на армията. Началник на медицинската служба в армията е армейският лекар. Медицинският отдел разполага с много медицински учреждения, чрез които осигурява специализираната медицинска помощ на ранените и болните и тяхната евакуация. За противоепидемичното осигуряване на армията отделът разполага с много профилактични и противоепидемични учреждения. Освен това армията разгръща снабдителни бази, които осъществяват медико-санитарното снабдяване на медицинските служби и на медицинските учреждения на частите и съединенията.

В тилския район на армията медицинският отдел разгръща широка система от специализирани медицински учреждения — армейска болнична база (АББ), която е основното място за лечението на леко ранените.

Медицинското управление на фронта разполага също така с много медицински учреждения, обединени в болничната база на фронта (ББФ). Освен това медицинската служба на фронта разполага с достатъчен по количество и разнообразен санитарен транспорт за евакуацията на ранените, противоепидемични средства и бази за снабдяване. Началник на медицинското управление на фронта е фронтовият лекар. Медицинското осигуряване на фронта се организира от медицинското управление.

Общото ръководство на медицинските служби във войската се осъществява от главно военно-медицинско управление. То координира работата на отделните медицински служби и осъществява връзката между военно-медицинските служби и гражданското здравеопазване.

Организацията и съставът на всяко отделно звено на медицинската служба във войската са разчетени за работа при средно напрежение на боя. Известно е обаче, че бойната обстановка много често личиният състав се оказва недостатъчен. Това пък налага да се прибегне към усиляването на медицинските служби на частите и съединенията, където се очаква голямо напрежение на боя, със сили и средства, като им се придават такива за конкретния бой. Съсредоточаването на силите и средствата в ръцете на по-старшите медицински началници дава възможност на тези началници да изпращат, там където трябва, в конкретната бойна обстановка, такова количество сили и средства, каквото е необходимо. Това позволява силите и средствата на медицинската служба да се използват най-пълно. Това обстоятелство дава и голяма подвижност на медицинските сили и средства.

Такава организация на медицинската служба дава възможност за най-доброто медицинско осигуряване на войските. Медицинската служба на Съветската армия във Великата отечествена война на СССР имаше именно такава организация и подобрявайки я в хода на самата война, достигна до големи успехи. За жизнеспособността на тази организация на медицинската служба говори фактът, че тя успя да върне обратно в строя 72% от общия брой на ранените и болните.

\*\*\*

Организацията на медицинската служба в нашата армия води своето начало от Освободителната война, когато се сложи началото на нашата войска от българското опълчение в Русия. При сформирването на опълченските дружини в състава им се включват наши лекари и фелдшери, завършили своето образование в Русия. Естествено по това време организацията на медицинската помощ на опълченските дружини е била организирана както тая на руската армия.

При боевете на Шипка опълченските дружини са били осигурявани в медицинско отношение от предни превързочни пунктове, които били разкрити на връх Столетов (Св. Никола), откъдето през нощта ранените били пренасяни в главните превързочни пунктове. Един от главните превързочни пунктове е бил разкрит на разстояние около 4 км от лазарета на 9-та пехотна дивизия, а друг — в Габрово. Изнасянето и извозването е ставало със силите и средствата на местното население, което е участвувало с коли в пренасянето на боеприпаси.

След успешните боеве на Шипка в Казанлък се разкрива първата българска болница от опълченска-лекар д-р Мирков. Тя била разкрита в женския метох с 200 легла. По-късно се разкриват такива болници в Ст. Загора и Габрово, които били закрити след излекуването на ранените.

След Освобождението били създадени първите граждански болници в Търново и Свищов, а по-късно и в другите градове на страната. В тях освен местни жители се лекували и болни и ранени руски и наши бойци. По-късно със заповед е било разпоредено да се открият военни лазарети в губернските градове с по 50 легла, а в останалите места, където е имало пехотни дружини, да се открият лазарети с по 28 легла.

През 1882 г. се утвърждава Правилникът за медицинската служба, като завеждането на санитарната служба във войската се е възлагало на медицинския отдел при Военното министерство, който отдел се е ръководил от главния лекар на войската. През този пе-

риод от време положението на военните лекари не е било установено. През 1883 г. било постановено военните лекари да нямат чинове, а тия, които са получили, такива от руската войска, си запазват чиновете като „почетни титли“. Военните лекари обаче се приравняват към строевите офицери и получават звания в зависимост от длъжността, която заемат. Според тогавашния щат на медицинската служба на полка се полагало един старши лекар и двама младши за мирно време или четирима за военно време.

Сръбско-българската война през 1885 г. заварила медицинската служба напълно неподготвена както в кадрово, така и в снабдително отношение. С обявяването на войната почти всички граждански лекари били привлечени в действащата армия.

Още в първите сражения при Сливница се установило, че санитарите са недостатъчни. Благодарение на бързото настъпление на нашите войски медицинската служба е имала възможност да събере ранените. След превземането на Цариград в местното училище била разкрита военна болница със 150 легла. Системата на евакуацията на ранените е била такава, че леко ранените се извозвали към София, а тежко ранените се задържали, докато им се даде някакъв вид медицинска помощ, и след това се евакуирали към вътрешността на страната. Поради липсата на полеви лечебни учреждения всички ранени и болни били съсредоточавани в София, където в по-големите обществени сгради били организирани 28 болници с общо 1925 легла. Различните болници били организирани от най-различни организации и учреждения. Това довело до разпокъсаност и липса на всякаво единство в дейността на тия болници.

На северната част на фронта били организирани болници във Видин и Лом, като към домската били разкрити легла и в местната гимназия.

След Сръбско-българската война през 1891 г. се утвърждава закон за устройството на въоръжените сили в Българското княжество. В този закон за първи път на лекарите и аптекарите се давало звание „санитарни офицери“.

Недобратата организация на медицинската служба създавала необходимостта от организирането на военно-санитарен съвет. Той бил създаден като съвещателно учреждение към санитарната инспекция и имал задача да обсъжда и решава научни и практически въпроси, които се отнасяли до военно-санитарното, ветеринарното, фармацевтичното, санитарно-полицейското и съдебно-медицинското дело, а така също и въпроси от професионален характер. За да се създаде единство в системата на организацията на медицинската служба в мирно време, през 1900 г. било излязено „Положение за санитарната служба във войската в мирно време“. С това се уреждали редица въпроси по дейността на санитарните заведения. Организа-

цията на медицинската служба е била следната: санитарна инспекция (военно-санитарен съвет), санитарна служба в дивизията и дивизионната област, санитарна служба във войсковите части и санитарна служба във военно-лечебните учреждения. За този период е характерно, че началникът на санитарната инспекция е бил подчинен непосредствено на военния министър, което му е позволявало да организира взаимодействието с всички останали подделения на военното ведомство.

През 1889 г. били създадени общи гарнизонни болници в градовете Шумен и Пловдив за лечение на заболялите войници в местните гарнизони, като в същото време в частите се поддържат приемни отделения за даване на първа медицинска помощ и почивка на нуждаещите се. През 1891 г. в София била открита обща гарнизонна болница, а през 1893 г. при всяка пехотна дивизия била сформирана дивизионна болница със санитарна команда към нея. Със същата заповед във всички гарнизони, където квартирували една или повече войскове части, се откривали гарнизонни лазарети, ако в този гарнизон нямало гарнизонна болница.

След Балканската война, 1912 г., благотворното влияние на руската военна медицина намалело поради откъсването на България от нейната освободителка Русия. Постепенно започнало да прониква влиянието на западната военна медицина и по-специално на германската.

До 9 септември 1944 година в организацията на медицинската служба не може да се отбележат никакви съществени подобрения и промени. Общо взето, медицинското осигуряване на войските е било на ниско ниво. Липсата на стройна система на медицинско осигуряване и липсата на единни схващания по профилактичната и противоепидемичната борба е довело до пълно неблагополучие през Балканската и Първата световна война. През Балканската война имало голяма епидемия от холера, която отнела живота на десетки хиляди бойци, а през Първата световна война голямата част от войниците боледували от малария.

След освобождаването на нашата страна от фашисткото иго от братската Съветска армия и след обявяването на война от страна на новото правителство на фашистка Германия медицинската служба на нашата народна армия започна реорганизацията си, черпейки опит от медицинската служба на Съветската армия. През време на Отечествената война, особено през втората фаза, се направиха редица промени, които към края на войната донесоха вече до значително подобряване организацията на медицинската служба. Тези промени биха проведени с големи трудности, поради това че се провеждаха в хода на самата война, от една страна, и от друга — поради липсата на достатъчно подготвен в организационно отношение кадър.



ОСОБЕНОСТИ В ДЕЙНОСТТА НА МЕДИЦИНСКАТА СЛУЖБА  
ВЪВ ВОЕННО ВРЕМЕ

Дейността на медицинската служба във военно време се отличава с редица особености, които произтичат от характера на съвременната война и условията на бойната обстановка. Докато в мирно време основната задача на медицинската служба е да предпазва войските от заболявания, а лечението на болните остава на втори план, то през време на бойни действия основната насока в дейността на медицинската служба е лечебно-евакуационното осигуряване на войските и на второ място остават профилактичните мероприятия. Разбира се, че извън бойните действия, през време на почивка, основната работа на медицинската служба остава профилактиката.

Освен горната особеност, която отличава работата на медицинската служба през време на война от тая в мирна обстановка, медицинската служба във военно време работи в условията на бойната обстановка, като приспособява своята дейност към бойната дейност на войските. Това налага медицинската служба да осъществява своята дейност в условията на почти непрекъснато движение в недостатъчно проучени райони. За да може да се приспособи към условията на бойната обстановка, от медицинската служба се изисква голяма гъвкавост. Характерът на съвременните войни изисква от медицинската служба да работи в полски условия при различни сезони, през различно време на денонощието, при най-разнообразни метеорологични особености (дъжд, сняг и пр.). За да може да осъществи своята работа в полски условия, медицинската служба трябва да разполага със собствен палатъчен фонд, в който да разкрива своите етапи и учреждения. За преместването на тия палатки и на цялото това имущество, с което работи на полето, необходимо е медицинската служба да разполага със свой собствен товарен транспорт.

Друга характерна особеност в дейността на медицинската служба през време на война е неравномерността на постъпване на ранените. Поради това медицинската служба трябва да има винаги готовността да приеме и да даде медицинска помощ за къс срок от време на голям брой ранени. Освен това медицинската служба трябва винаги да е в готовност да даде медицинска помощ на ранените с комбинирани наранявания. В съвременната война, в която се употребяват най-разнообразни средства за воюване, смесените наранявания преобладават. Нараняванията, съчетани с поразяване от бойни отровни вещества или поразяване от бойна отрова със заболяване и пр., могат да бъдат много чести. И затова основните сили на медицинската служба през време на бойни действия на войските е насочена към лечебно-евакуационното осигуряване, а профилактичните мерки остават на по-заден план.

Последната особеност, в която трябва да работи медицинската служба във военно време, е, че етапите на медицинската евакуация и медицинските учреждения работят при непосредствената опасност от поразяване на личния състав и на материално-техническите средства на медицинската служба от бойните средства на противника. Освен това ранените, пристигнали на съответните етапи и учреждения, са изложени на опасността да получат вторични наранявания. При съвременния начин на водене на война, при който опасността от употребата на атомната бомба, химичното и бактериологичното оръжие е така реална, то медицинската служба ще трябва да работи и в условията на тая опасност.

Тия особености, при които има да работи медицинската служба през време на война, ще затрудняват извънредно много работата ѝ, а това ще изисква максимално напрежение на нейните сили за изпълнение на поставените пред нея задачи по медицинското осигуряване на войските.



## Глава III

ОРГАНИЗАЦИЯ НА ЛЕЧЕБНО-ЕВАКУАЦИОННОТО  
ОСИГУРЯВАНЕ

## ВОЕННИ ЗАГУБИ И ТЯХНАТА КЛАСИФИКАЦИЯ

Лечебно-евакуационното осигуряване обхваща „мероприятията по оказване медицинска помощ на ранените и болните, тяхната евакуация и лечението им до окончателен изход“ (А. С. Георгиевски).

Обемът на лечебната и евакуационната работа на медицинската служба във военно време зависи в най-голяма степен от броя на военните загуби в хора, и то специално от медицинските такива. Изучаването на тези загуби има съществено значение за командването и за медицинската служба. Данните за излезлите от строя бойци и командири и причините за това се следят и обобщават както в процеса на самите бойни действия, така и при завършването на всяка операция, кампания и войната в цялост. Тези данни дават възможност на медицинската служба да си прави необходимите практически и теоретични изводи.

За да предвиди предстоящия обем за работа на медицинската служба във всеки конкретен случай, медицинският началник си прави обусловен разчет на вероятните загуби. Такъв се съставя въз основа на подробното проучване на бойната обстановка и включващ се в нея комплекс от причини, предизвикващи медицинските загуби, и въз основа анализирането на размерите и типове съотношения на отделните категории медицински загуби при различни условия.

Всички излезли военнослужащи от редовете на действащата армия вследствие бойни поражения и болести съставляват общите военни загуби. Досега не е било възприето в тези загуби да се включват загубите на гражданското население, произтичащи от военновременната обстановка. Трябва да се има предвид, че статистичните данни за тези загуби са приблизителни и трябва да се използват внимателно. В условията на война с употреба на оръжия за масово унищожаване ще изникне въпросът за включване в понятието военни загуби и загубите на гражданското население, възникнали вследствие непосредственото въздействие върху него от различните видове оръжия.

## Военни загуби и тяхната класификация

33

За регистрирането и обработването на статистичните данни общите военни загуби се разделят и класифицират по различен начин. За правилна класификация трябва да се ползва един определен и обективен критерий. Тази класификация преследва една практическа цел за медицинската служба — да се осигури на различните категории поражения в боя най-добра и ефикасна медицинска помощ и лечение.

## Общи военни загуби

Безвъзвратни	Медицински (бойни и небойни)
1. Убити (умрели, преди да им се окаже медицинска помощ)	1. Ранени
2. Безследно изчезнали	2. Контузени
3. Пленени	3. Измръзнали
	4. С изгаряния
	5. Поразени от БОВ
	6. Болни
	7. Миксти (смесени поражения)

През време на Великата отечествена война на съветските народи най-голямо практическо значение е имала класификацията на общите военни загуби по признака на възвратимост в строя съгласно горната таблица<sup>1</sup>.

Безвъзвратните загуби не представляват обект на медицинската служба. Техният относителен брой в миналите войни е бил по-малък и е нараснал с усъвършенстването и въвеждането на нови средства за поразяване. До Втората световна война обобщените данни показваха, че техният размер се движи средно около 20 % от общите военни загуби. По данните от Втората световна война този размер нараства до около 25 %. Няма данни за масова употреба на БОВ и други оръжия за масово унищожаване, но от съществуващия ограничен опит и отчитайки поразимостта от такива оръжия, може да се предположи, че в бъдещите войни този процент ще бъде по-голям.

Медицинските загуби обхващат всички поразени в боя и болни, които постъпват за оказване на медицинска помощ и лечение в етапите на медицинската евакуация. Те се разделят на бойни и небойни.

Бойните медицински загуби възникват в резултат на бойните действия на войските, а небойните са от заболявания и случайни травми. Разните видове поражения не бива да се причисляват шаблонно към бойните или небойните загуби, напр. не всички измръзвания са бойни, има случаи и на огнестрелни наранявания.

<sup>1</sup> Таблицата е взета от ЭСВМ, т. III, стр. 785.

<sup>2</sup> Организация и тактика на медицинската служба

самоубийства, травми и пр., които трябва да се отпаят към небойните медицински загуби. Също така не всички заболявания са небойни загуби — напр. заболявания, възникнали в резултат на нараняване, при действие на войските в маларична местност, петнист тиф или друго инфекциозно заболяване вследствие употребата от противника на бактериологично оръжие, болните от лъчева болест и пр. И в единия, и в другия случай при причисляването на един ранен или болен към категорията на бойните или небойните медицински загуби трябва добре да се анализират обстоятелствата при тяхното произхождение и да се оцени правилно дали те са свързани, или не с бойните действия на войските. Към медицинските загуби не се причисляват амбулаторно болните и ранените, които не напускат строя.

Тази класификация дава възможност за предварително оперативно изучаване на военните загуби и правилно насочване последващата дейност на медицинската служба. За по-задълбочено разработване на тези загуби има създадени други класификации, като тази на Л. С. Камински, която разделя най-напред военните загуби на бойни и небойни, а последните на безвъзвратни и временни. За разработване на материалите по тази класификация е необходимо да се знае критичен изход на всяко раняване и заболяване и тя се използва в следващия период.

Условията на бойната обстановка способствуват за развитието на много заболявания (простудни, от гладуване и пр.). Данните от миналите войни показват, че заболяванията сред войските са били 0,30 — 0,35 % от целия личен състав. При широкото провеждане на профилактични мероприятия и непрекъснато подобряване на медицинското обслужване на войските в Съветската армия през Втората световна война заболяванията са били по-малко от 0,1 — 0,15 %.

Във военно време, в периода на активни бойни действия, ранените постъпват масово в кратки срокове на етапите на медицинската евакуация и създават сложност в работата на последните. За всеки бой и операция броят на ранените може да бъде най-различен. За по-добра организация при обслужването на ранените по опыта на миналите войни към ранените се прилагат няколко класификации.

Съотношението на честотата на нараняването на отделните части на човешкото тяло има по-постоянен характер и от всичките ранения по данни на А. С. Георгиевски те се разпределят така: поразявания на горните крайници — 35 — 40 %; на долните крайници — 30 — 35 %; на главата (череп, лице) — 8 — 10 %; на гърдите — 6 — 8 %; на корема — 3 — 4 %; на таза — 2 — 3 %; на шията — 1 — 2 %. Такова класифициране дава представа и ориентировка за локализацията на нараняванията по частите на човешкото тяло и дава насоки за необходимата лечебна помощ. Тези норми, както и дадени-

те по-долу търпят колебания в зависимост от условията на конкретната обстановка, рода войска и пр.

По-голямо значение има разделянето на ранените на леко ранени, тежко ранени и средно тежко ранени, което се извършва въз основа на тежестта на нараняването и предполагаемия срок за лечение.

Леко ранени са тези, които са получили наранявания предимно на меките тъкани, без засягане на важни органи, големи кръвоносни съдове, нервни стволлове, стави, кости и без непосредствена заплаха за живота им. За пълното им оздравяване е необходимо по-кратко време — не повече от два месеца. Леко ранените се връщат в най-къс срок в строя и могат да бъдат лекувани по-лесно. Те представляват 40 — 50 % от ранените и по-големият брой от тях се лекуват в армейския и фронтови райони. Леко ранените се евакуират с празно връщач се войсковия транспорт.

Средно тежко ранени са най-често ранените с обширни наранявания на меките тъкани, на мишицата и предмишницата, със счупване на костите и пр., но без наранявания на важни органи, заплашващи живота. Те се нуждаят от по-голям срок за лечение, отколкото леко ранените.

Тежко ранени са тези, които са получили наранявания, които заплашват живота на ранения или довеждат до тежко нарушение на функциите на организма в цялост. Към тях обикновено се причисляват ранените с наранявания на мозъка, бял дроб, стомашно-чревния тракт, счупване на бедрата или нараняване на големите стави. Най-често тежко ранените изпадат в състояние на шок.

Тази класификация на ранените има голямо практическо значение и служи преди всичко за определяне на обема на лечебните мероприятия.

От необходимостта за прилагане на различни способи на транспортировка ранените се разделят на:

1. Ходещи ранени (30 — 40 %) — те са способни самостоятелно да се движат пеш и без чужда помощ да пристигнат до най-близкия медицински пункт.

2. Седящи ранени (25 — 30 %) — способни да се придвижват самостоятелно до най-близкото укрите и с чужда помощ да се доберат до санитарния автомобил или най-близкия медицински пункт. При превозването им на малки разстояния повечето могат да се транспортират в седнало положение.

3. Лежащо ранени (30 — 35 %) — неспособни са да се придвижват самостоятелно; изнасят ги на носилки и се превозват в лежачо положение.

В хода на евакуацията след 2 — 4 часа от момента на нараняването ходещите и седящите ранени преминават към седящите и лежащите ранени, което увеличава броя на нуждаещите се от превоз-

ни средства. Всички ранени и болни се евакуират от войсковия район към армейските лечебни учреждения с превозни средства. От този етап намалява и значението на тази класификация. За определянето вида на транспортното средство, с което е допустимо да се евакуира раненият, си служим предимно с разделянето на ранените на леко, средно тежко и тежко ранени. Тези две класификации не бива да се смесват. Ходещият ранен може да бъде средно тежко ранен (със чувстване на подмишницата), а леко раненият може да бъде лежач (с нараняване на меките тъкани на краката).

Правилното отчитане и изучаването на понесените загуби в хода на бойните действия има голямо значение за командването и оперативната работа на медицинската служба. Командването се интересува за загубите в личен състав и възможностите за връщането им в строя. Оценка на даваните загуби и разпределянето им по групи насочват медицинските работници по бъдещия обем и профилировка на работа на медицинската служба. Определяйки вероятните загуби за всеки бой, медицинският началник трябва да подхожда творчески и да използва правилно съществуващите норми и тенденции от последните боеве. Недопустим е какъвто и да било шаблон, а щателно изследване на конкретната бойна и медицинска обстановка. Очакваният размер на предполагаемите загуби и техният характер стоят в основата на оперативната работа на медицинския началник.

В условията на съвременната война при употреба на оръжия за масово унищожение медицинските загуби се характеризират с едновременна масовост, комбинираност и специфичност, което усложнява още повече медицинското осигуряване.

#### СИСТЕМИ ЗА ЛЕЧЕБНО-ЕВАКУАЦИОННО ОСИГУРЯВАНЕ

Медицинските загуби са обект на дейността на медицинската служба. Въпросът за оказването на медицинската помощ и лечение на ранените и болните е възникнал още тогава, когато са възникнали първите въоръжени схватки. Оформянето обаче на мероприятията по оказване на медицинска помощ, евакуация и лечение на ранените и болните до окончателен изход в една или друга система е било възможно в по-късно време (XVII и XVIII в.), когато са били създадени постоянни армии, когато медицинската служба е имала полски лечебни учреждения и средства за транспортиране на ранените и когато развитието на медицинската наука е позволявало да се установят определени принципи за лечението на ранените и болните.

Лечението на ранените се е извършвало в близост до районите на бойните действия или след изтеглянето (евакуацията) им в тила. В зависимост от това са се зародили и съществували две тенденции

за организирането на медицинската помощ и лечението на ранените и болните на война, залегнали в основата на две противопоставящи се системи за лечебно-евакуационно осигуряване: система „лечение на място“ и „евакуационна система“.

„Лечението на място“ предоставя покой на ранените и ги предпазва от вредното влияние на транспортировката. Струпването обаче на голям брой ранени и болни в близост до действащата армия често пъти се е противопоставяло на бойната обстановка и е сковавало маневреността на войските. Такава система е прилагана при бойни действия, неизискващи преместване на лечебните учреждения, при недостатъчно разполагаеми средства от медицинската служба и липса на транспортни средства, при невъзможност да се евакуират ранените и при малък брой ранени.

Необходимостта да има постоянно свободни легла в полевите лечебни учреждения вследствие непрекъснатото постъпване в тях на нови групи ранени и болни в периодите на активни бойни действия, осъждността на средствата за настаняване и лечение на ранените и болните в районите на бойните действия, както и неблагоприятното въздействие на близостта на боевете са породили необходимостта от изтегляне на ранените за лечение по-дълбоко в тила.

С развитието на военното дело, с увеличаване маневреността на бойните действия на войските, с увеличаване броя на медицинските загуби, с развитието на транспортните средства и използването им за евакуация е нараствало и значението на евакуацията на ранените и болните.

Погрешно е да се счита, че тези две основни противоречиви тенденции са съществували изолирано една от друга и последователно са се сменили. Напротив, те съществуват успоредно и в зависимост от преобладаването в по-малка или по-голяма степен на условията, които ги пораждат. В различни по време войни лечебно-евакуационното осигуряване е организирано предимно по една от тези системи. Така например в XIX в. е съществувала и едната, и другата система. Тези тенденции запазили своето значение чак до Втората световна война, ако и значението на евакуацията да се е увеличавало непрекъснато, въпреки че за някои категории ранени, специално за леко ранените, евакуацията се е ограничила предимно до армейския и фронтови тилски райони. Лечението на ранените и болните по системата „лечение на място“ може да бъде налагано от условията на бойната обстановка за известен период от време в определени сектори на бойните действия и в съвременната война (напр. при блокадата на Ленинград и Севастопол във Втората световна война).

Обединяването на тези две противоположни тенденции на лечебно-евакуационно осигуряване в една обща система е извършил

видният руски хирург Отел в 1916 г. с предлагането на системата за етапно лечение.

Вместо ранените и болните да бъдат лекувани „на място“ или евакуирани, след като им се окаже помощ в полските учреждения в дълбокия тил, където да се осъществи лечението им, Отел предложил лечението да се извършва и по пътя на евакуацията по настаняването им в тила. Това се осъществява чрез разчленяване на медицинската помощ и последователното ѝ оказване в медицинските пунктове и лечебните учреждения по пътя на евакуацията на ранените и болните. По този начин лечебните мероприятия се свързват с изискванията на евакуацията, евакуацията се осъществява при отчитане състоянието на ранените и необходимостта им от лечение. Освен това характерна особеност за системата „етапно лечение“ е типът на евакуацията, при която всички ранени се изтеглят в мхалнична последователност, минавайки през всички разкрити по пътя им медицински пунктове и лечебни учреждения. Такъв тип евакуация е наречен „дренажен тип“ или „евакуация по направление“. Отделните медицински пунктове се разполагали на разстояние 25–30 км, колкото е денонощният преход на конския транспорт. Такава евакуация не е свързана с необходимостта на раненият един или друг вид медицинска помощ.

Отел също така е игнорирал и недооценявал влиянието на условията на бойната обстановка върху тактиката на медицинската служба и в частност на обема на медицинската помощ по различните етапи на медицинската евакуация. При системата „етапно лечение“ на Отел състоянието на ранения определя времето и мястото за оказване на необходимата медицинска помощ и изискванията за евакуация, но се изпуска, че при условията на съвременната война изискванията на хирургията не винаги са изпълними във всеки етап. Например при отстъпателните действия на Съветската армия в началния период на Великата отечествена война на съветските народи масовата квалифицирана медицинска помощ е оказвана едва в армейския район, а не във войсковия тил, където обикновено може да се окаже. „В условията на полската медицинска служба обемът на работата и изборът на методите за хирургично вмешателство и лечение се определят по-често не толкова от медицинските показания, колкото от състоянието на фронта, броя на постъпващите болни и ранени и тяхното състояние, броя на лекарите и особено хирурзите на даден етап, наличието на автотранспортни средства, полски медицински учреждения и медицинско сътрудничество, състояние на времето и денонощието“ (ЗСВМ, том 3, стр. 512). Това потвърждава решаващото значение на условията на бойната и медицинската обстановка за организиране работата на медицинската служба, което е недооценявано от Отел.

С развитието на медицинската наука и диференцирането в хирургията на отделни специалности и с развитието на техниката и особено автомобилния транспорт се създават възможности за развитието на етапното лечение и построяването на евакуацията в зависимост от медицинските показания, от нуждите на ранения от един или друг вид медицинска помощ. По този начин се заражда идеята за евакуация по такъв начин, че раненият и болният да пристигнат бързо в този медицински пункт или лечебно учреждение, в който може да му се окаже такъв вид медицинска помощ, от какъвто той се нуждае. Отначало са отделяли от общия поток на ранените само леко ранените и инфекциозно болните, а за останалите ранени са допусkali само прескачане на един пореден етап на медицинската евакуация. Пълно приложение обаче на тази идея отначало не се е получило поради липсата в армията на достатъчно материални възможности за осъществяването ѝ.

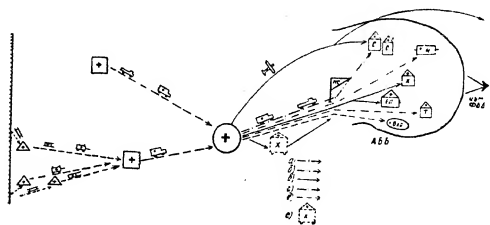
По-късно, използвайки опита на въоръжените схватки на Съветската армия преди Втората световна война, етапното лечение се построява напълно по нов тип на евакуацията, така наречената „евакуация по медицински показания“ или „по назначение“. При тази система голямо значение се отдава на съвременното оказване на квалифицирана хирургична помощ на ранените с отправянето им в такива лечебни учреждения, в които могат да получат такава медицинска помощ, от какъвто се нуждаят. В основата на тази система, която се доразви и усъвършенствува през време на Втората световна война в Съветската армия, се поставят принципите на единната военно-медицинска доктрина.

Според сегашните схващания „същността на системата „етапно лечение с евакуация по назначение“ се състои в провеждането на последователни и приемствени лечебни мероприятия на етапите на евакуацията в съчетание с евакуацията на ранените (болните) в тила по медицински показания и в съответствие с бойната и медицинска обстановка“ (А. С. Георгиевски).

За осъществяването на системата „етапно лечение с евакуация по назначение“ се създават специални хирургични групи, диференцират се полски подвижни болници в хирургични и терапевтични, създават се специални болници за леко ранени и се отделят автосанитарни средства. Хирургичните полски подвижни болници се специализират главно в три типа (за ранени в главата, в юремната кухина и гръдния кош и за такива със счупвания на бедрата и наранявания на големите стави).

За изходен пункт на евакуацията по назначение служи дивизионният медицински пункт, откъдето ветрилообразно се насочва евакуацията на различните групи ранени и болни (вж. схема № 1).

Конкретните форми за осъществяване на етапното лечение с евакуация по назначение, обосновани от медицинските изисквания, се определят от решаващите условия на бойната и медицинската об-



Фиг. 1. Принципа схема на лечебно-евакуационното осигуряване  
Поток на ранени, нуждаещи се от специализирана помощ; поток на инфекциозно болните;  
поток на тежко и средно тежко ранените; поток на терзавично болните; поток на леко  
ранените; хирургична полковна болница от I-ва линия

становка. Тази система се развива и усъвършенствува непрекъснато, за да отговаря на развитието на медицината и военното дело, особено за работа в условията на война с употреба на оръжия за масово унищожение.

#### ХАРАКТЕРНИ ОСОБЕНОСТИ НА СИСТЕМАТА „ЕТАПНО ЛЕЧЕНИЕ С ЕВАКУАЦИЯ ПО НАЗНАЧЕНИЕ“

Съвременната система „етапно лечение с евакуация по назначение“ се характеризира с някои основни особености, част от които са присъщи и за етапното лечение на Отел. Най-характерното в тази система е специализацията на медицинската помощ и свързаната с нея евакуация по назначение. Ще разгледаме последователно основните характерни особености:

1. Разчленяване на медицинската помощ. Тази особеност произтича от необходимостта спасителните и лечебните мероприятия да бъдат оказани на различни места (етапи на медицинската евакуация) по пътя на евакуацията на ранените и болните.

В зависимост от това, къде се оказва медицинската помощ, на какъв етап и каква е квалификацията на личния състав и стъпмването, различаваме следните видове медицинска помощ (виж таблицата):

I. Първа помощ. Тя се оказва на самото място на нараняването от самия боец (самопомощ), от другаря (взаимомощ) или

от личния състав на санитарното отделение на ротата. Първата помощ се състои от най-прости мероприятия за спасяване живота на ранените и облекчаване на страданието. С нейното своевременно оказване се предотвратяват кръвоизливите и вторичното инфектиране на раните и се подпомага навременното изнасяне и лекуване на ранените. Ето защо първата помощ заема много важно място в съвременната лечебно-евакуационна система и се оказва непрекъснато през време на боя, под огъня на противника. Неправилно и напълно неоснователно е схващането, съществувало преди 9 септември 1944 година у нас, а сега в медицинските служби на капиталистическите армии, че оказването на първа помощ и изнасянето на ранените може да се извършва само след прекратяване на боя — в междубоевите паузи. Това е свързано с отношението към боя в тези армии, където на него се гледа само като на пушечно месо. По съществуващите данни за Първата световна война 20 % се пада на самопомощ, 15 % на взаимомощ, а 65 % на другите видове помощ. Това се обяснява с големия процент на наранявания в горните крайници и трудностите за самопомощ при тези наранявания.

Важно обстоятелство е и скоростта за оказването на първа помощ. От данни за Съветската армия се вижда, че на повече от 80 % от ранените е оказана първа помощ до 30 минути след нараняването.

За да се осигури възможността за оказване на своевременна първа помощ на ранените в активните бойни действия, особено при употреба на оръжия за масово унищожение, освен наличността на санитарен персонал и неговата добра подготовка от решаващо значение е да се провежда и в мирно, и във военно време широка подготовка за оказване на самопомощ и взаимомощ от целия личен състав на армията, от цялото население на страната.

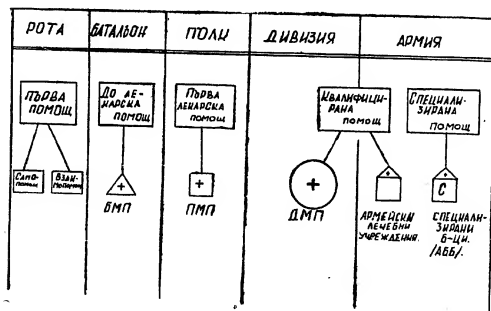
II. Долекарска медицинска помощ. Тя се оказва в близост до мястото на нараняването, в батальона, по правило от медицинските техници (фельдшери).

III. Първа лекарска помощ. Оказва се от лекар в тила на бойните редове на войсковите части на полковия медицински пункт (ПМП), а понякога и на батальонния медицински пункт (БМП).

IV. Квалифицирана медицинска помощ, в частност квалифицирана хирургична помощ. Оказва се със средствата на медицинската служба на войсковите съединения и в армейските лечебни учреждения. Своевременното оказване на тази помощ има голямо значение за бързото оздравяване на ранените и връщането им в строя.

V. Специализирана медицинска помощ. Оказва се в специално предназначени болници на ранените, които се нуждаят от хирургични интервенции в областта на черепа, гърдите, корема, бедрото и големите стави; специализираната медицинска по-

мощ и лечение се прилагат и при заболявания (инфекционни, вътрешни, гинекологични, нервни, кожно-венерични и др.), а така също и на леко ранените, при изгарянията и специфичните заболявания от употреба на различни оръжия за масово унищожение (виж фиг. 2).



Фиг. 2. Схема за видовете медицинска помощ и етапите, в които се оказва (по Георгиевски)

Медицинската помощ и лечението на ранените и болните се оказват в съчетание с тяхната евакуация. Всички ранени и болни, които се нуждаят от медицинска помощ и лечение, каквито не може да им се осигури в този етап, се евакуират по-назад, а останалите остават, т. е. временно се хоспитализират или до пълното им оздравяване. Временно се хоспитализират т. нар. нетранспортабилни ранени и болни, чието тежко състояние не позволява превозване. Такава госпитализация се нарича временна и лечението в този етап се осъществява до момента, когато подобряването на състоянието позволява по-нататъшната евакуация. За ранените и болните, които се оставят за лечение на даден етап (учреждение) до пълно оздравяване, хоспитализацията се нарича окончателна, а етапът — краен. За една част от леко ранените и болните краен етап е ДМП (по-рядко — ПМП) в т. нар. команда на оздравяващите (КО), а за огромната част от леко ранените и болните — армейските и фронтовите болници за леко ранени. Краен етап за инфекциозно болните са инфекциозните полски подвижни болници, а за средно

тежко и тежко ранените — евакуационните болници на фронтовия и вътрешен райони.

2. Последователност и приемственост на лечебните мероприятия. Последователността се изразява в това, че потребните лечебни мероприятия за един ранен се извършват не на едно място, както е в мирно време и във вътрешните райони във военно време, а постепенно по етапите на медицинската евакуация, като обемът на тези мероприятия се разширява за всеки последващ етап. В прилагането на тези лечебни мероприятия трябва да има строга приемственост, т. е. те трябва да бъдат свързани помежду си, като всяко следващо мероприятие се провежда, отчитайки досега проведените такива, и трябва да продължава, да допълва предшестващото и да подготвя лечебните мероприятия в следващите етапи.

За такава организация на лечебния процес е необходимо да има единство и последователност в провежданите мероприятия по етапите на медицинската евакуация, за да не се нарушава лечебният процес и да се осигури бързото оздравяване на ранените и връщането в строя на по-голям брой от тях. На всеки следващ етап трябва да е известно какво са установили у ранения на предишния етап, каква медицинска помощ и кога му е оказана. Това може да се постигне чрез вписване на необходимите данни в документите на ранения или болния, които са: медицинската картичка на предния район, лист история на заболяването и евакуационният плик. Ето защо в основата на системата „етапно лечение с евакуация по назначение“ лежи единната военно-медицинска доктрина.

Единната военно-полева медицинска доктрина обединява основните принципи, върху които се строи работата на медицинската служба. Е. И. Смирнов формулира основите на военно-медицинската доктрина още преди Втората световна война. Според него същността ѝ се заключава в единно разбиране на задачите на медицинската служба, произхода и развитието на болестните процеси в условията на военната обстановка, принципите и методите за лечение и евакуация на ранените и болните, съществуване на единна система за провеждане на противоепидемичните и санитарно-хигиеничните мероприятия, а също така използване на силите и средствата на медицинската служба и прилагане на разнообразни методи в нейната работа в зависимост от конкретните условия на бойната и медицинска обстановка.

Лечебно-евакуационното осигуряване се гради на положения, които са проверени във войните и представляват основа на единната военно-полева медицинска доктрина. Така например установеното положение, че всички огнестрелни рани са първично инфектирани и за по-добра прогноза в лечението се нуждаят от своевременно първична

обработка, налага особености в организацията на лечебно-евакуационното осигуряване. Тези особености са в рязка зависимост от условията на бойната и медицинската обстановка и от тях произтичат различни частни изисквания и задачи (например за изнасяне на ранените в хода на боя под огъня на противника и пр.).

Не трябва обаче принципите на единната военно-полева медицинска доктрина да се схващат догматично, като постоянни. Те се развиват в зависимост от набирания опит, в зависимост от развитието на медицината и военната наука. Те не само че не замразяват, не шаблонизират работата на медицинската служба, но напротив, дават широки възможности за творчество и разнообразие в правилното им приложение в отделните случаи.

Без такива единни схващания не е възможно да се постигне необходимата приемственост в оказването на медицинската помощ.

Както се каза по-горе, лечебните мероприятия, които се прилагат на отделните етапи на медицинската евакуация, освен че са свързани помежду си, но и обемът им се разширява, отивайки от фронта към тила. За всеки етап медицинската евакуация има типични, определени по вид лечебни мероприятия. Тези мероприятия се определят от задачите, които изпълнява този етап в съвременната лечебно-евакуационна система, и се осигуряват от квалификацията и подготовката на съответстващите на този етап медицински кадри и материално стъпяване, което пък зависи от условията, които дава бойната обстановка във всяко едно звено. Тези типични за даден етап на медицинската евакуация лечебни мероприятия дават характерния за него обем на медицинската помощ. За БМП е характерна долекарската медицинска помощ, за ПМП — първата лекарска помощ, за ДМП — квалифицираната медицинска помощ.

Обемът на медицинската помощ не е абсолютно постоянен за съответен етап на медицинската евакуация. Той се изменя в зависимост от бойната и медицинската обстановка. Това изменение може да се извърши чрез разширяване или стесняване типичните за съответния етап лечебни мероприятия и срокове за госпитализация. Например при стабилна позиционна отбрана тези мероприятия и срокове се разширяват максимално, докато в нестабилните участъци на фронта и особено в условията на оттегляне те се намаляват за войсковите етапи на медицинската евакуация до най-неотложните мероприятия за спасяване живота на ранените и подготовката им за евакуация. В първия етап на Великата стечествена война — периода на маневрената отбрана, оперируемостта в ДМП е била снижена до 30 %, а специализираната медицинска помощ е оказвана предимно във фронтовите лечебни учреждения. В настъпателния бой обикновено обемът на медицинската помощ по правило се намалява, особено за съединенията и частите, действащи по главните направления, които

извършват пробив и проникват по-дълбоко в противниковата отбрана. При решителното настъпление на Съветската армия във Втората световна война поради високите темпи на настъпление хирургичните операции на гръдния кош и корема в изходно положение за настъпление обикновено са извършвани в ХППБ от първа линия, минавайки покрай ДМП, с което нетранспортабилните в ДМП са намалявани до минимум и се е облекчавало неговото преместване напред след настъпващите войски.

Изменението на обема на медицинската помощ в определен етап на медицинската евакуация може да се извърши и чрез възлагането на този етап да извършва лечебни мероприятия, свойствени за друг етап на медицинската евакуация. Например на БМП се възлага оказването на първа лекарска помощ, а на ПМП — квалифицирана медицинска помощ. Това се налага тогава, когато батальон или полк действа самостоятелно или на отделно направление и не е възможно съвременно осъществяване на този вид помощ на типичния за тях етап. За тази цел БМП или ПМП трябва да се усилят с медицински кадри, имащи необходимата квалификация, и съответно медико-санитарно имущество. Такъв начин на промени в обема на медицинската помощ се извършва в планинско-гориста местност.

Както се вижда, организацията на лечебната помощ и евакуацията на ранените и болните, макар и да се обуславя от медицинските показания в съвременната лечебно-евакуационна система, решително зависи от условията на бойната и медицинската обстановка, които налагат голямо разнообразие в нейното осъществяване.

3. Своевременност на медицинската помощ. Борбата с острият кръвоизлив и профилактиката на инфекцията на огнестрелните рани е главната задача на войсковата медицинска служба. За спасяване живота на ранените трябва бързо да се проведат мероприятия за спиране на кръвоизливите, борбата с асфиксията, сърдечната слабост и пр., а така също да се осигури бързо пристигане на ранените в ДМП, на които трябва да се извършат срочни операции по жизнени показания. Предотвратяването на развитието на раневата инфекция съгласно установените срокове за развитието на същата се постига чрез ранна съвременна първична хирургична обработка на раните и имобилизация на увредените части на тялото. Ето защо за спасяване живота на ранените и за недопускане развитието на раневата инфекция медицинската помощ и специално квалифицираната медицинска помощ трябва да се оказват своевременно, като ранените трябва да пристигнат в ДМП не по-късно от 8–12 часа, а в изключителни случаи — до 18 часа от момента на нараняването им.

Наличността на голям брой комбинирани поражения във войната с употреба на оръжие за масово унищожение повишава още



обработка, налага особености в организацията на лечебно-евакуационното осигуряване. Тези особености са в рязка зависимост от условията на бойната и медицинската обстановка и от тях произтичат различни частни изисквания и задачи (например за изнасяне на ранените в хода на боя под огъня на противника и пр.).

Не трябва обаче принципите на единната военно-полева медицинска доктрина да се схващат догматично, като постоянни. Те се развиват в зависимост от набирания опит, в зависимост от развитието на медицината и военната наука. Те не само че не замразяват, не шаблонизират работата на медицинската служба, но напротив, дават широки възможности за творчество и разнообразие в правилното им приложение в отделните случаи.

Без такива единни схващания не е възможно да се постигне необходимата приемственост в оказването на медицинската помощ.

Както се каза по-горе, лечебните мероприятия, които се прилагат на отделните етапи на медицинската евакуация, освен че са свързани помежду си, но и обемът им се разширява, отивайки от фронта към тила. За всеки етап медицинската евакуация има типични, определени по вид лечебни мероприятия. Тези мероприятия се определят от задачите, които изпълнява този етап в съвременната лечебно-евакуационна система, и се осигуряват от квалификацията и подготовката на съответстващите на този етап медицински кадри и материално стъпване, което пък зависи от условията, които дава бойната обстановка във всяко едно звено. Тези типични за даден етап на медицинската евакуация лечебни мероприятия дават характерния за него обем на медицинската помощ. За БМП е характерна долекарската медицинска помощ, за ПМП — първата лекарска помощ, за ДМП — квалифицираната медицинска помощ.

Обемът на медицинската помощ не е абсолютно постоянен за съответен етап на медицинската евакуация. Той се изменя в зависимост от бойната и медицинската обстановка. Това изменение може да се извърши чрез разширяване или стесняване типичните за съответния етап лечебни мероприятия и срокове за госпитализация. Например при стабилна позиционна отбрана тези мероприятия и срокове се разширяват максимално, докато в нестабилните участъци на фронта и особено в условията на оттегляне те се намаляват за войсковите етапи на медицинската евакуация до най-неотложните мероприятия за спасяване живота на ранените и подготовката им за евакуация. В първия етап на Великата отечествена война — периода на маневрената отбрана, оперируемостта в ДМП е била снижена до 30 %, а специализираната медицинска помощ е оказвана предимно във фронтовите лечебни учреждения. В настъпателния бой обикновено обемът на медицинската помощ по правило се намалява, особено за съединенията и частите, действащи по главните направления, които

извършват пробив и проникват по-дълбоко в противниковата отбрана. При решителното настъпление на Съветската армия във Втората световна война поради високите темпи на настъпление хирургичните операции на гърдия кош и корема в изходно положение за настъпване обикновено са извършвани в ХППБ от първа линия, минавайки покрай ДМП, с което нетранспортабилните в ДМП са намалявани до минимум и се е облекчавало неговото преместване напред след настъпващите войски.

Изменението на обема на медицинската помощ в определен етап на медицинската евакуация може да се извърши и чрез възлагането на този етап да извършва лечебни мероприятия, свойствени за друг етап на медицинската евакуация. Например на БМП се възлага оказването на първа лекарска помощ, а на ПМП — квалифицирана медицинска помощ. Това се налага тогава, когато батальон или полк действа самостоятелно или на отделно направление и не е възможно своевременно осъществяване на този вид помощ на типичния за тях етап. За тази цел БМП или ПМП трябва да се усилят с медицински кадри, имащи необходимата квалификация, и съответно медико-санитарно имущество. Такъв начин на промени в обема на медицинската помощ се извършва в планинско-гориста местност.

Както се вижда, организацията на лечебната помощ и евакуацията на ранените и болните, макар и да се обуславя от медицинските показания в съвременната лечебно-евакуационна система, решително зависи от условията на бойната и медицинска обстановка, които налагат голямо разнообразие в нейното осъществяване.

3. Своевременност на медицинската помощ. Борбата с остри кръвоизливи и профилактиката на инфекцията на огнестрелните рани е главната задача на войсковата медицинска служба. За спасяване живота на ранените трябва бързо да се проведат мероприятия за спиране на кръвоизливите, борбата с асфиксията, сърдечната слабост и пр., а така също да се осигури бързо пристигане на ранените в ДМП, на които трябва да се извършат срочни операции по жизнени показания. Предотвратяването на развитието на същата се постига чрез ранна своевременна първична хирургична обработка на раните и имобилизация на увредените части на тялото. Ето защо за спасяване живота на ранените и за недопускане развитието на раневата инфекция медицинската помощ и специално квалифицираната медицинска помощ трябва да се окажат своевременно, като ранените трябва да пристигнат в ДМП не по-късно от 8–12 часа, а в изключителни случаи — до 18 часа от момента на нараняването им.

Наличността на голям брой комбинирани поражения във войната с употреба на оръжие за масово унищожение повишава още



повече значението на съвременната първична хирургична обработка на раните. Вниманието в тези случаи се насочва преди всичко да се използва за обработка на раните скритият период, когато още не са проявени симптомите на лъчевата болест. След нейното проявление лечението на лъчевите миксти е много трудно.

Своевременността на медицинската помощ се постига чрез приближаване етапите на медицинската евакуация и лечебните учреждения към войските и добра организация на изнасянето на ранените от бойното поле.

Приближаването на етапите на медицинската евакуация и лечебните заведения към войските може да се извършва в определен размер, обуславящи се от условията на бойната и медицинската обстановка. Нормите за отдалечаване на различните етапи и лечебни учреждения от войските и един от друг са съкращавани, което е осигурявало своевременно постъпване на ранените и болните в ДМП и в АББ. Тези разстояния са различни за стъргателния и настъпателния бой. В хода на настъпателния бой с отдалечаването на бойните редове на войските от медицинските пунктове се налага съвременното им преместване напред, за да се съкратят евакуационните пътища. В условията на война с употреба на оръжия за масово унищожение възможностите за приближаване етапите на медицинската евакуация и лечебните учреждения се ограничават от изискванията на противоатомната защита. Това повишава още повече значението на изнасянето на ранените от бойното поле и бързата им евакуация към последващите етапи, както и взаимодействието между различните звена на медицинската служба.

Досегашният опит, особено опитът на медицинската служба на Съветската армия във Втората световна война, подчертава недвусмислено решаващото значение на изнасянето на ранените за своевременността на медицинската помощ.

За бързото изнасяне на ранените от бойното поле от значение е и правилната организация на изнасянето на ранените в съответствие с характера на бойните действия и релефа на местността и наличността на необходимия брой санитарни и санитарно-носачи. По правило изнасянето на ранените от бойното поле се е извършвало непрекъснато непосредствено под пушечно-картечния огън на противника. В тези участъци на фронта, където се е обръщало внимание на организацията на изнасянето на ранените от бойното поле и са осигурявани достатъчен брой санитарни и санитарно-носачи, медицинската помощ се е оказвала своевременно и с това бързината и процентът на отново върнатите в строя са увеличавани. Ето защо въпросът за изнасянето на ранените от бойното поле е занимал винаги армейските и фронтните лекари. Обръщало се е голямо внимание за подготовката на т. нар. спомогателни санитарни и санитарно-носачи.

Взаимодействието между отделните звена на медицинската служба добива извънредно важно значение за своевременността на медицинската помощ в условията на война при употреба на оръжия за масово унищожение. Предвид едновременно масовост на загубите от ударите на такива оръжия обяснимо е, че попадналите под тези удари части и съединения не ще бъдат в състояние да се справят сами с големия обем на работа в допустимите срокове. Това налага съкращаване на обема на медицинската помощ и широко съдействие от по-горните звена. Без такава помощ не могат да бъдат възможни нито обработването на такъв голям брой от ранени, нито тяхната евакуация.

4. Специализация на медицинската помощ. Най-характерната черта на съвременната лечебно-евакуационна система е специализацията на медицинската помощ. Е. И. Смирнов подчертава, че откакто челюстно-лицевата хирургия, неврохирургията, лечението на пораженията на крайниците и гръдния кош са се отделили в самостоятелни, специални дисциплини на хирургията, то не съществува вече положението, че всеки лекар хирург е лекар на всички категории ранени. Специализацията на медицинската помощ е висша форма на организацията на квалифицираната медицинска помощ. Даването на такава помощ започва от полевите лечебни учреждения. Своевременното оказване на специализираната помощ се постига чрез разкриване и приближаване към войските на специализирани лечебни учреждения по направленията, по които действуват войските, и добре организирана евакуация по назначение. За тази цел медицинските служби в армията разполагат с достатъчен брой полени и други лечебни учреждения и възможности за тяхната специализация (ХППБ в три типа, ТППБ, ИПБ, БЛР).

В миналото такава помощ е била оказвана на немного голям брой от ранените в малкото специализирани болници във фронтния тилсв район и в района на вътрешността на страната.

За ранените, нуждаещи се от специализирана медицинска помощ, такава се осигурява във всички последващи етапи на медицинската евакуация, където за тази цел се разкриват много и най-разнообразни специални евакуационни болници.

5. Евакуация по назначение. За своевременното оказване на специализирана медицинска помощ евакуацията трябва да бъде организирана с отправяне на ранените и болните в такова лечебно учреждение, където те ще получат такава медицинска помощ, от каквато се нуждаят, без да е необходимо да преминават през всички разкрити на пътя им лечебни учреждения. Например ранен в областта на лицето и нуждаещ се от специализирана помощ от ДМП или ХППБ от първа линия (ХППБ, които се разкриват в близост до ДМП за подпомагане тяхната работа

и маневър) се отправя към ХППБ за ранявания в главата, независимо че преди да достигне до тази болница, той преминава покрай лечебни учреждения с друго предназначение; терапевтично болните се отправят към ТППБ, леко ранените, които ще се доизлекуват в армейския район — в БЛР, а останалите — в евакуационния приемник (ЕП) за евакуация към фронтовия тилев район; средно тежко ранените, които не се нуждаят от специализирана медицинска помощ, се евакуират към ХППБ от общ профил и т. н. Характерно е обстоятелството, че при по-нататъшната евакуация ранените и болните се евакуират и настаняват временно или за постоянно лечение в такъв тип учреждение (специализирано), което отговаря на характера на раняването или заболяването им.

Евакуацията по назначение започва от ДМП и ХППБ от първа линия, а за някои категории, например инфекциозно болните — и от по-предните етапи на медицинската евакуация. В ДМП и ХППБ от първа линия, където има лекар хирург, терапевт и пр., се осигурява възможността за квалифицирана сортировка и правилно отправяне на ранените в съответно лечебно учреждение.

#### СОРТИРОВКА НА РАНЕНИТЕ И БОЛНИТЕ

Сортировката на ранените и болните осигурява правилната организация на медицинската помощ и лечение. Общият поток на ранените и болните се разделя на групи в зависимост от характера на поражението или заболяването, вида и срока на необходимата им медицинска помощ и начина за по-нататъшната евакуация — в условията на конкретната бойна и медицинска обстановка.

Сортировката на ранените и болните в примитивна форма се извършва още в ротния район. Ранените се разделят на две групи: ранени, които могат да се придвижват пеш, и такива, които е необходимо да се изнесат от бойното поле. Това е начална, най-проста форма на сортировка.

В БМП сортировката се разширява, като ранените се разделят в зависимост от срока за необходимата им медицинска помощ, определя се как ранените да се евакуират в тила (лежащи, седящи или ходещи), а така също и най-леко ранените, които могат след превръщането им да се върнат в строя.

В ПМП се осъществява първата лекарска сортировка, като резултатите от нея се нанасят в медицинската картичка на предния район.

В ДМП се провежда квалифицирана сортировка. Ранените се разделят на 2—3 потока и решението на лекарите специалисти изхожда от две основни изисквания — необходимостта от медицинска помощ и евакуация. Ако ранените и болните не се нуждаят от меди-

цинска помощ и състоянието им налага и позволява, то те се отправят направо за евакуация.

Сортировката на ранените и болните е задължителен елемент в работата на всеки етап на евакуацията. Тя осигурява точното организиране на работата по оказване на медицинската помощ и евакуацията на ранените при едновременно постъпване на ранените на големи групи в етапите на медицинската евакуация и по-бързо да се обслужват. Данни в това отношение дават видните представители на военната медицина като Пирогов, Склифасовски, Отел и др. В бойни условия при употреба на оръжие за масово унищожение, когато е характерна едновременната масовост на загубите, сортировката на ранените и болните ще бъде от решаващо значение в организационната работа на медицинските пунктове и учреждения за по-бързото оказване на медицинска помощ и по-нататъшна евакуация.

Както се вижда, примитивна и по-проста сортировка на ранените и болните започва още в предните звена на медицинската евакуация, докато лекарската и квалифицирана сортировка и нейната регистрация започва от ПМП — респективно от ДМП. Без квалифицираната сортировка в ДМП с определяне от каква специализирана помощ и в кое лечебно учреждение се нуждае по-нататък раненият или болният е немислимо осъществяването на лечебната помощ по системата „етапно лечение с евакуация по назначение“. Затова сортировката на ранените и болните се счита като основно условие за провеждането на лечебно-евакуационната работа по тази система. Медицинската сортировка има съществено значение и за осъществяването на единната военно-полева медицинска доктрина. С право може да се каже, че добрата и бърза сортировка на ранените и болните е ключ за организацията за оказване на хирургична помощ и евакуацията по назначение.

Медицинската сортировка се извършва както за нуждите на отделния медицински пункт и лечебно заведение, така и за следващите етапи на медицинската евакуация.

В зависимост от целите, които преследва сортировката, различаваме няколко вида сортировка:

1. Вътрешнопунктова сортировка. При нея се осъществява разделяне на постъпващите ранени и болни на групи за отправяне в различните функционални поделения на етапа на медицинската евакуация. Например отделат се болните и поразените, подлежащи на изолация (остро заразно болни, психично болни, поразени от БОВ, но необработени досега и др.), отделат се и се изпращат бързо в превръщачната теза, които се нуждаят от срочна медицинска помощ, изпращат се направо за евакуация тези, които не се нуждаят от медицинска помощ, и т. н. Към този вид сортировка се отнася и т. нар. междуболнична сортировка, чрез която пристигащите

ранени и болни се разпределят за постъпване в различните лечебни учреждения на определен етап (напр. ЧОПЕП). Медицинската сортировка, която се извършва вътре в самата болница, се нарича вътрешноболнична.

II. Диагностична сортировка. Определя се характерът, обемът, срочността и редът на медицинската помощ, от която се нуждае раненият или болният.

III. Прогностична сортировка. Определя се вероятният изход на нараняването или заболяването и ориентировъчната продължителност на лечението.

IV. Евакуационно-транспортна сортировка. Определя се на кой етап на медицинската евакуация (болница) раненият или болният следва да се изпрати за по-нататъшна помощ и лечение, срочността на евакуацията, с какъв транспорт и в какво положение при транспортировката (лежащ, седящ).

Тези основни видове на медицинската сортировка са тясно свързани и взаимозависими. Например за да се определи в кое функционално поделение на медицинския пункт да се отпрати раненият, трябва да се извърши основна диагностична сортировка. Определянето, в коя болница да се изпрати раненият или болният, е в зависимост от диагностичната и прогностичната сортировка, а решението за евакуация се взема след оказване на медицинска помощ и т. т.

За организиране на вътрешнопунктовата сортировка се употребяват т. нар. сортировъчни марки (цветни, с различна форма). Такива марки се използват най-напред в ПМП (макар и по-ограничено), в ПМП, ППБ, ЕП и СЕБ. В ПМП се използват, когато са постъпили големи групи от ранени. Обикновено се използват сини марки — постъпване в превързочната с цифрата 1 в първи ред и с цифрата 2 във втори ред, и бели марки с буква „Е“ — подлежащи на евакуация и отправяне в евакуационното отделение с цифрата 1 в първи ред и с цифрата 2 във втори ред. В ДМП сортировъчните марки се употребяват редовно и в по-развърнат вид. Освен тези марки в полка на ДМП се използват и червени марки — за операцията, съответно с цифрите 1 и 2; бели марки с буква „О“ — за оставяне в ДМП на нетранспортабилните ранени в тежко състояние и леко ранените; жълта марка с надпис „Изоляция“ — за подлежащите на изоляция. Използвани са също така и други цветни марки, напр. зелени — за леко ранени, с цифрите 1, 2 и 3. За подлежащите на евакуация върху марката се написват с молив буквите „Д“ (лежащ) или „С“ (седящ). Сортировъчните марки с различни форми за разлика от цветните марки са по-подходящи при ограничена видимост.

Сортировъчните марки трябва да бъдат прихрепени на видно място заедно с другите документи на ранения и се снемат чак след изпълнение на определеното назначение. Резултатите от сортировъ-

ките, свързани с отправянето на ранените и болните в следващите етапи на евакуацията (определяне болницата и начина на евакуацията), се отбелязват на медицинската картичка на предния район.

Медицинската сортировка не е строго определена, шаблонна за определени по тежест, вид и характер наранявания и заболявания. Тя зависи чувствително от условията на бойната и медицинската обстановка и има свои особености във всеки конкретен случай, който се определя при планирането на медицинското осигуряване.

#### ОРГАНИЗАЦИЯ НА МЕДИЦИНСКАТА ЕВАКУАЦИЯ

Невъзможността и нецелесъобразността да се провежда лечение на място освен в някои случаи са увеличавали значението и размерите на евакуацията в съвременната война. На евакуацията на ранените и болните не бива да се гледа само от гледна точка на необходимостта за отдалечаване на ранените и болните от районите на бойните действия, за да не се скрива маневреността на войските, но като на отделен елемент заедно с лечебните мероприятия и сортировката в сложния лечебно-евакуационен процес. Независимо от това, че изискванията на боя (да не се скрива маневреността на войските) имат голямо значение, то евакуацията на ранените и болните в никакъв случай не може да се приравнява с евакуацията на съоръженията. Медицинската евакуация е преди всичко важна съставна част на лечебно-евакуационното осигуряване на войските и е неразривно свързана с процеса за оказване на медицинска помощ на ранените и болните и тяхното лечение. Тази неразривна връзка и взаимозависимост между евакуационните и лечебните мероприятия, както видяхме, съставлява принципната основа на етапното лечение. Ето защо медицинската евакуация цели:

I. Най-бързо възстановяване здравето на ранените и болните чрез отправянето им в такива лечебни учреждения, които са най-подходящи за тяхното лечение.

II. Осигуряване необходимата маневреност на войските и запазване маневреността на средствата на медицинската служба в действащата армия.

За да се разбере цялостно процесът на евакуацията и различните видове медицинска евакуация, необходимо е да се изясни какво е път на медицинската евакуация, звено на медицинската евакуация и евакуационно направление.

Под понятието път на медицинската евакуация се разбира пътят, по който се извършва извозването на болните и ранените. Този път включва в себе си последователно разположените етапи на медицинската евакуация и пътищата между тях.

Под понятието звено на медицинската евакуация се разбира евакуационният път между два етапа на медицинската евакуация и евакуиращите по него транспортни средства (напр. път за евакуация от БМП до ПМП с конните санитарни линейки, които евакуират по него ранени и болни).

Сборът от пътищата за евакуация (почвени, водни, железопътни), който осигурява евакуацията по дадено оперативно направление, се нарича евакуационно направление. То започва от ДМП назад и има значение при работата на медицинската служба на армията и на фронта. Медицинската евакуация може да се организира по няколко вида:

I. „Към себе си“. Медицинският началник нарежда извозването на ранените от нисестоящия етап на медицинската евакуация с поверените му транспортни средства. Този вид на медицинската евакуация дава възможност на всеки медицински началник, който изпраща напред транспорт за евакуация, да го използва в съответствие с обстановката по-рационално и да маневрира с него. Този вид медицинска евакуация е основният, но в някои случаи може да се наложи прилагането и на някои от допусочените видове.

II. „От себе си“. Медицинският началник евакуира ранените с поверените му транспортни средства към висшестоящия етап на медицинската евакуация.

III. „През себе си“. Медицинският началник евакуира ранените с поверените му транспортни средства от нисестоящия етап през своя медицински пункт до висшестоящия етап на медицинската евакуация.

IV. „Зад себе си“. Медицинският началник нарежда извозването на ранените и болните с поверените му транспортни средства заедно с движещите се военни части. Понякога такъв вид евакуация се налага да се приложи при оттегляне, при бойни действия в тила на противника, при партизански действия и пр.

Евакуацията на ранените и болните на различните звена на медицинската евакуация зависи от условията на бойната и медицинската обстановка и се извършва с различен транспорт. При това имат голямо значение състоянието на пътищата и наличието на повече или по-малко различни транспортни средства за превозване на ранените.

Евакуация до БМП обикновено се извършва на носилки (с изключение на ранените, които могат да ходят пеша) и с конски санитарен транспорт. Конският санитарен транспорт има място и в евакуацията до ПМП, а в планински условия и до ДМП и рядко би се използвал по-назад.

Автомобилният санитарен транспорт от Първата световна война насам е станал основен вид транспорт за евакуация на ранените и

болните по почвените и шосейните пътища. Той се използва най-напред от БМП и е доминиращ транспорт в зенитно-дивизия и в армейския тилов район. Използват се най-често санитарен автомобил, санитарен автобус и приспособени товарни автомобили.

Евакуацията по железниците е основен вид транспорт от армията назад. Употребяват се ВСЛ, ВСВ и ВБВ.

Санитарната авиация намира все повече приложение. Във Великата отечествена война леките самолети са били използвани за пренасяне на ранените от ДМП и полевите лечебни учреждения. Всички условия и изисквания на съвременната война говорят за разширяване на дейността на санитарната авиация. Освен леките санитарни самолети използвани са и тежки санитарни самолети.

Водният транспорт също се е използвал във вид на специални санитарно-транспортни съдове или чрез приспособяване на лодки, шлепове и др.

Пътищата за евакуация често съвпадат с пътищата за връщане на празния транспорт на подвоза. Това е дало възможност този транспорт да се използва за евакуация на леко ранените. Във Великата отечествена война по този начин са евакуирани 40—60% от ранените и болните по почвените и шосейните пътища. Използването на празновръщащите се автомобили на транспорта на подвоза е било възможно вследствие близкото разполагане на етапите на медицинската евакуация и лечебните учреждения до пътищата за подвоз и своевременно планиране на използването на този транспорт, за която цел медицинският началник прави конкретни заявки. Освен товарния автомобилен транспорт по същия начин може да се използва и водният, и въздушният.

Организацията на евакуацията трябва да предоставя на ранените и болните най-добри условия за оказване на медицинска помощ и последващо лечение. Най-голямо значение за това има докарването на ранените и болните в съответния етап на медицинската евакуация в срок, осигуряващ своевременна квалифицирана медицинска помощ, и отправянето им по медицински показания в специализираните армейски лечебни учреждения. При това е важно да не се допуска претоварване на ранените и болните на отделните етапи на медицинската евакуация и да се отчита травматизиращото влияние на транспортировката. Известно е, че смъртта, настъпваща вследствие на кръвоизливи и шок, е тясно свързана с допълнителните механични травми при транспортировката на ранените. За различните видове транспорт и в зависимост от пътищата вредното влияние на транспортировката е различно. За конския и автосанитарен транспорт в нашите теренни условия и състоянието на пътищата при евакуацията във войсковия район неблагоприятното въздействие на транспортировката върху състоянието на евакуираните ще бъде доста голямо.

Необходимо е винаги да се предприемат мероприятия за намаляване на това въздействие. От голямо значение са предварителната медицинска подготовка на ранените и болните за евакуация, изборът на способа за евакуация в зависимост от състоянието на ранения или болния и неговото състояние, употребяването на приспособления, които подобряват условията за транспортировка и пр. Най-силно е неблагоприятното въздействие на транспортировката при автомобилните транспортни средства, поради което те трябва винаги да имат съответни приспособления.

При евакуацията ранените трябва да се разпределят правилно между етапите на медицинската евакуация, като всеки ранен постъпи в съответно специализирано лечебно учреждение и не се допуска претоварване по отделните етапи. За тази цел се разкриват медицински разпределителни постове (МРП), които канализират евакуацията по назначение от войсковия тил към армейските специализирани болници, разкрити за осигуряване на съответното евакуационно направление.

#### ЕТАП НА МЕДИЦИНСКАТА ЕВАКУАЦИЯ

За оказване на медицинска помощ и лечение на ранените и болните по пътя на евакуацията се разкриват сили и средства на медицинската служба. Тези разкрити на определено място (район) сили и средства на медицинската служба за приемане, обслужване и евакуиране на ранените и болните представляват етап на медицинската евакуация. Етапът може да бъде медицински пункт (БМП, ПМП, ДМП), лечебно учреждение (ХППБ от първа линия) или група от лечебни учреждения (например ЧОПЕП).

На всеки етап на медицинската евакуация, начина от ПМП, се разкриват функционални подразделения за приемане и сортировка на ранените и болните (приемно-сортировъчна), за оказване на медицинска помощ (превързочна, операционна) и за подлежащите на евакуация (евакуационна). Освен тези основни функционални подразделения, които представляват гръбнакът на етапа на медицинската евакуация, задължително се разкриват изолатор и площадка (отделение) за дезактивационна обработка.

Във всеки етап се разкриват и други подразделения: функционални и помощни (лаборатория, аптека, кухня, за личен състав, площадка за санитарен транспорт и пр.) в зависимост от предназначението на етапа.

За разкриването на определен медицински пункт и учреждение се извършва подготовка. На първо място се уточнява от отговорния медицински началник мястото и пълнотата за разкриване на етапа. Различно ще бъде разкрит медицински пункт в зависимост от условията на бойната и медицинската обстановка (в отбранителния и на-

стъпателния бой, в изходно положение и в хода на боя и пр.). Мястото (площадката) за разкриване на пункта се разпознава от органи на началника на пункта, при което се набелязват местата за разположение на отделните функционални подразделения, набелязват се евакуационните пътища към и от пункта, използването на местни средства, водните източници, маскировката, организацията на охраната и отбраната им. Определянето, обозначенето и подготовката на мястото на всяко функционално подразделение и на пътищата за движение между тях се нарича трасировка на площадката, при която се спазва принципът да се избягва кръстосването на движението на превозваните и пренасяните ранени и болни. В трасировката се включва и маркирането на отделните места.

Необходимата площ за разкриване на определен етап на медицинската евакуация е в зависимост от предназначението на медицинския пункт и типа на лечебното учреждение (например различна площ е необходима за БМП, ПМП, ДМП, ХППБ). Етапите на медицинската евакуация в армейския и войсков район трябва да са готови да работят при най-сложни условия, да се разкриват извън населени пунктове, бързо да се изнасят и да могат да приемат едновременно голям брой ранени. За тази цел медицинските пунктове във войсковия тил и по-голямата част от армейските лечебни учреждения (т. е. полевите) са снабдени с необходимия палатъчен фонд. Не бива обаче разкриването на функционалните подразделения да се свързва с един или друг тип палатки. За разкриване на функционални подразделения се използват не само палатки, а най-различни възможности (постройки, особено подземия, блиндажи, землянки, бараки, колиби и пр.). Често ще се налага комбинирано устройване на медицински пункт или лечебно учреждение в палатки, землянки, постройки и пр.

При разкриването на етапите на медицинската евакуация се спазва известна последователност, като първо се разкриват отделенията за приемане на ранените и за оказване на медицинска помощ, а последователно след това и останалите подразделения. При вътрешното обзавеждане се използват и всички достъпни местни средства и приспособления. За поставяне на носилките с тежко ранени се подготвят поставки, като напречните дъски или дръвчета на тези поставки трябва да останат от външната страна на металните крачета на носилките, за да не попадат точно под плешките на ранения.

Особено внимание трябва да се обърща на организирането на охраната и отбраната на етапа. Началникът на всеки етап трябва веднага да установява връзка с подразделенията, охраняващо района, в който се разкрива етапът, и да състави план за охраната и отбраната, като обърне достатъчно внимание на маскировката, окопането и конкретизиране задачите по отбраната.

В хода на бойните действия, особено в настъпателния бой, често се налага преместване на етапите на медицинската евакуация. Това преместване е критичен момент и изисква много добра организация, за да се реши и осъществи през време на преместването обслужването на ранените и болните, които ще постъпят или се намират на старото място. Преместването се извършва наведнъж или поешлоно. И в единия, и в другия случай се изисква бързина и точност в работата на личния състав. Това се постига с добро познаване от всеки един на задълженията му при преместването и последователността в осъществяването на отделните мероприятия.

Преди окончателното създаване на етапа ранените и болните се евакуират или предават на разкриващи се на старото място или намиращи се в близост други етапи на медицинската евакуация. При невъзможност за предаване на нетранспортабилните те се оставят с персонал и средства за обслужване на място, докато състоянието им позволи транспортиране или се удаде възможност за предаването им на други учреждения.

#### Глава IV

#### ОРГАНИЗАЦИЯ НА ПРОТИВОЕПИДЕМИЧНОТО ОСИГУРЯВАНЕ НА АРМИЯТА

Наред с лечебно-евакуационното осигуряване на войските пред медицинската служба с еднаква важност стоят и въпросите на противоепидемичната защита на войските. Борбата с епидемиите е една от основните задачи на медицинската служба през време на война, особено в условията на съвременните войни, когато опасността от употребата на бактериологичното оръжие е така реална. Опитът от войната в Корея показва, че империалистите не подбират средства при воденето на своите агресивни войни. Този опит показва и друго, че когато медицинската служба има добра подготовка и организация по противоепидемичната защита на войските, то епидемия сред личния състав на армията не може да се разпространи.

Общите мерки, които медицинската служба организира за предпазване на войските от разпространяването на заразни заболявания, означаваме като противоепидемични мероприятия. Тези противоепидемични мероприятия, провеждани сред войската, можем да разделим на две основни групи:

1. Профилактични мерки, провеждани във войската въобще преди появяването на епидемия с цел за предпазването ѝ.

2. Мероприятия, провеждани в огнището на заболяването в изпълнение на провежданите по-рано профилактични мероприятия.

Това делене до известна степен е изкуствено, тъй като профилактичната и противоепидемичната работа са едно единно цяло и при практическата работа на медицинската служба не бива да се разкъсват. Изучаването на тези две системи от мероприятия, намиращи се помежду си в тясна връзка, осигурява единство на методите, провеждани при оценка на епидемичните състояния на войските и района и единните принципи при противоепидемичната борба.

Трябва да се изясни, че в провежданата система от мероприятия няма нищо маловажно и излишно и работата на всяко звено от тази система има значение за цялостното и успешното провеждане на противоепидемичните мероприятия. Неуспехът в противоепидемичната борба най-често се дължи на несериозното и безотговорното отношение, на което и да било звено от тази система към провежданите мероприятия. Например ако се закъснее с изолирането на ин-

фекциозно болния, то всички останали мероприятия не ще дадат реален резултат. Пренебрежителното провеждане на дезинфекцирането в огнището на инфекцията е в състояние да направи излишни всички усилия за ликвидирането на това огнище.

Опитът от миналите войни показва, че загубите, нанесени на войските от епидемиите, които са съпровождали почти всички войни досега, десетки пъти надминават бойните загуби на тия войски. Това се вижда много добре от приложените таблици.

Таблица 1

№ по ред	Войни	Брой на войските	Брой на умрелите	
			от рани	от болести
1	Кримска (1854—1856) Французи . . . . .	300 000	20 000	75 000
2	Англичани . . . . .	94 000	4000	17 500
3	Американска (1861—1865) Американци . . . . .	807 000	93 960	186 742
4	Австро-германска (1866) Прусси . . . . .	438 000	4450	6427
5	Итало-френска (1859) Французи . . . . .	200 000	6174	2500
6	Френско-пруска (1870—1878) Германия . . . . .	887 000	28 282	12 189
	Руско-турска (1877—1878) Заддунавска руска армия	900 000	19 644	75 145

Таблица 2

№ по ред	Войни	Брой на умрелите	
		от болести	от рани
1	Кримска (Севастополска) (1854—1856)	88 798	15 820
2	Руско-турска (1877—1878)	80 000	7000

Таблица 3

Безвъзвратните загуби на европейските армии през време на войните от 1738 до 1865 година

Умрели . . . . .	8 000 000
От рани . . . . .	1 500 000
От болести . . . . .	6 500 000

От така приложените таблици (по И. Е. Смирнов) се вижда съотношението между загубите от бойните травми и от епидемиите. Тия данни, дадени по-горе, все пак не са достатъчно пълни, тъй като

те дават само загубите от епидемии сред войските, а смъртността сред гражданското население, сред което също така са се разпространявали епидемии, които са правили по-големи опустошения, отколкото сред войските, не е показана.

При съвременната организация на противоепидемичните мероприятия и при съвременните постижения на науката естествено тези съотношения чувствително са се изменили, като загубите от епидемиите са сведени до минимум, разбира се, там където има добра организация на противоепидемичните мероприятия.

В мирно време основната задача в работата на военната медицинска служба е предпазването на войските от заболявания, т. е. профилактичната работа. През време на войната тези профилактични мероприятия не опадат, но през време на бойни действия минават на втори план, тъй като лечебно-евакуационното осигуряване на войските през време на боя не търпи никакво отлагане.

Противоепидемичните и профилактичните мероприятия, които трябва да се проведат във войската, се определят от вида на предстоящия бой и неговите етапи; от данните на санитарно-епидемичното разузнаване; от данните на санитарно-епидемичното състояние на противниковите войски и на районите, заемани от него, и от сезонния епидемичен фактор, имащ значение за войските.

Тези данни, взети и тълкувани правилно, имат съществено значение за обема на мероприятията по епидемичната защита на войските.

Към групата на профилактичните мероприятия, провеждани против проникването на инфекциозни заболявания сред войските, спадат:

I. Общи профилактични мероприятия.

II. Мерки за повишаване специфичната устойчивост на бойците към инфекцията.

III. Мерки против въвеждането на инфекции във войската.

IV. Мерки против разпространяването на заразата от болните и бацилоносителите, намиращи се вътре в частите и поделенията.

В общопрофилактичните мерки, провеждани във войската, се включват мерки по провеждане контрол за бита на войските, контрол на водоснабдяването и храненето, контрол на правилата за лична и колективна хигиена, а така също и контрол за правилно събиране, пазен и обезвреждане на нечистотиите. Към общопрофилактичните мероприятия спадат и провеждането на медицинско разузнаване, и санитарно наблюдение за своевременното откриване на огнищата на инфекцията, а така също и провеждането на санитарнопросветна работа сред личния състав на войската за запознаването на офицерите и войниците с правилата на колективната защита от инфекциозни заболявания.



В мерките по повишаването на специфичната устойчивост на бойците към инфекцията се включват: правенето на предпазни вакцинации и имунизации против най-често срещаните се инфекциозни заболявания и даването на бактериофаг против стомашно-чревните инфекции.

Към мерките, повишаващи специфичната устойчивост на организма, спада и химиопрофилактиката за предпазването от малария имунизирването на лица, намиращи се в непосредствен контакт с болни от особено опасни инфекции, като чума, холера и др.

В мерките, провеждани за предпазването на войските от проникването в тях на инфекциозни заболявания, спадат: строгият контрол за всички лица и групи, временно пребиваващи в частите и поделенията или идващи отвън. Този контрол се осъществява на пропускните пунктове, на които пунктове идващите отвън бойци и поделения се подлагат на щателен медицински преглед за откриването на болни или съмнителни за инфекциозни заболявания, като задължително се провежда санитарна обработка на всички, а при необходимост и карантинирание. На идващите попълнения в частите и поделенията се правят предпазни вакцинации или имунизации. По основните пътища на придвижване на войските се организират санитарноконтролни пунктове (СКП) за контрол на преминаващите войски по тия пътища. Когато се открият санитарни неблагополучия, то войските се спират за санитарна обработка и след това продължават своя път. Към мерките по предпазване на войските от вънесане на инфекция отвън спада и санитарното наблюдение на района, в който се намирате, и особено на местното население, като се ограничи или забрани контактът на войската с него.

В мерките, вземани против разпространяването на инфекциозните заболявания от болни или бацилоносители, намиращи се зътре в частите и съединенията, спадат мероприятията по водене редовен отчет на преболеуващите от различните инфекциозни заболявания. Този отчет и наблюдение на преболеуващите е за различен срок в зависимост от вида на заболяването. Така например за дизентерията — за две години, за маларията — за една година, за коремния тиф — за времето, за което болният е във войската, и пр. Тези хора се подлагат на системни изследвания, а при необходимост се изолират. Трябва особено много да се внимава тези хора да не се допускат на работа в хранителните блокове. Освен тях под такова наблюдение се намират и лицата, работещи в хранителните блокове, водоснабдяването и хлебопроизводството, независимо от това, дали са преболеждали, или не от инфекциозно заболяване. По правило преболеуващите от стомашно-чревни заболявания не се допускат на работа в спомогателните блокове.

Трябва да се помни, че профилактичните мероприятия, провеждани извън бойните действия на войските, а доколкото е възможно и през време на боя, играят решителна роля за защитата на войските от проникването сред тях на инфекциозни заболявания и водят до невъзможност да се разпространи епидемия.

Втората голяма група мероприятия, провеждани против инфекциозните заболявания, са насочени към ликвидирането на възникналата епидемия или групата от заболявания. Към тия мероприятия спадат:

I. Възможното най-ранно откриване на болния и неговото изолiranje.

II. Ранната и точна диагностика на заболяването.

III. Изолирането на болния.

IV. Провеждането на мероприятия по обеззаразяването на огнището на инфекцията.

V. Мерките за противоепидемичната защита на лицата, намиращи се в непосредствено съприкосновение с болните.

VI. Епидемичното обследване на всяко заболяване за откриването на източника на заразата.

VII. Епидемичното наблюдение за ликвидирането на огнището на инфекцията.

Ранното откриване на инфекциозно болния и неговото навременно изолиране е най-сигурното средство за прекъсването на пътя за по-нататъшното разпространяване на инфекцията. Изолицията на болните е едно от най-сигурните средства за ограничаването на епидемията и тяхното ликвидиране. Изолицията се извършва само в инфекциозната полева подвижна болница (ИПБ).

Ранната и точна диагностика позволява още в самото начало да се проведе както специфична терапия на болния, така също и специфична предпазна имунизация на контактите. След поставянето на диагностична болният веднага трябва да се евакуира по назначение. Той не бива да се задържа продължително време в частите, а по възможност само толкова, доколкото да се уточни диагнозата, и то само в изолатор. Болният се евакуира направо към инфекциозната полева подвижна болница, като не се спира по пътя на евакуация в останалите етапи. Болни от особено опасни инфекциозни болести по принцип не се евакуират, а за тяхната изолация се изпраща специална инфекциозна болница, чрез която болните се изолират на място.

В огнището на инфекцията се провеждат мероприятия по обеззаразяването на личните вещи на болния, също и помещението, в което е бил болният, и провеждане на дезинсекция и дератизация на мястото, където се е намирал той.

За ограничаването и ликвидирането на инфекциозното огнище се провежда щателно обследване на съприкосновените и в повечето



случаи, ако това е необходимо, те се карантинират. По-често е те да се поставят под наблюдение за срок, равен на инкубационния период на съответното заболяване, и на всички се прави санитарна обработка и специфична имунизация. Но ако не открием източника на инфекцията и съответното не го отстраним, то всички останали мероприятия няма да дадат никакви реални резултати. Епидемичното наблюдение за ликвидирането на огнището на инфекция е съществено звено в системата на противоепидемичната борба. Това наблюдение е много важно, поради това че не всякога сме в състояние да открием истинския първоизточник на заразата. В такива случаи източникът си остава да съществува и заразата се разпространява, а с това и ликвидирането на огнището се забавя и затруднява много.

Тази система от мероприятия по предпазването на войските от епидемии съставлява същността на противоепидемичната им защита. Необходимо е медицинските работници във войската да се запознаят добре с нея, което би осигурило единен подход към оценяването на съответната епидемична обстановка и единство в принципите на противоепидемичната борба.

За осъществяването на тази стройна система от противоепидемични мероприятия извънредно важно е разпределянето на функциите в областта на противоепидемичната работа, добрата предварителна организация на работата, а така също и включването в тая борба както на всички звена на медицинската служба, така и на целия личен състав на войската — войнишки и офицерски, без съзнателното участие на които противоепидемичната борба не може да бъде успешна.

За ефикасността на противоепидемичната борба извънредно важно значение има работата, която извършва санитарният инструктор на ротата. Тъй като санитарният инструктор е в непосредствена близост до бойците, той има възможността най-рано да открие инфекциозно болни. За откриването на тези болни той е длъжен непрекъснато да провежда санитарно-епидемично разузнаване на своята рота и на района, в който се намира ротата, и при откриването на инфекциозно болен трябва веднага да го отпрати към батальонния медицински пункт. В огнището на инфекцията той трябва да проведе дезинфекция и санитарна обработка, а когато това е необходимо, да проведе и бактериофагиране, химиофилактика и имунизирание под ръководството на фелдшера на батальона. С помощта на санитарите санитарният инструктор провежда всички онези мероприятия по опазването на бойците от възникване и контролира водоснабвяването, като раздава индивидуални средства за хлорирането на водата. Той следи за правилното приготвяне и раздаване на храната и за спазване правилата на личната и колективната хигиена от страна на бойците в района на ротата.

Санитарният инструктор провежда тези мероприятия през време на затишие или извън бойни действия, като разбира се, не ги изпуска изпредвид и в хода на бойни действия.

В стрелковия батальон с противоепидемична работа се занимава командирът на медико-санитарния взвод — медицинският техник (фелдшер), под чието ръководство се намират санитарните инструктори на ротите. Медицинският техник следи за навременното провеждане на по-горе описаните мероприятия от страна на санитарните инструктори в ротата, като ги подпомага чрез непосредствено ръководство. Откритите инфекциозно болни в района на батальона той веднага отправя към полковия медицински пункт отделно от потока на ранените и останалите болни.

В стрелковия полк организирането и провеждането на противоепидемичните мероприятия е задължение на младшия полковник лекар, който е нещатен епидемиолог на полка.

Санитарно-епидемичното разузнаване и наблюдение в района на стрелковия полк е важен метод за противоепидемична работа, тъй като личният състав на полка може първи да се срещне с епидемичното огнище по пътя на своето движение. Затова най-често в стрелковия полк се изгражда противоепидемична група, в състава на която влиза младшият лекар, един фелдшер и един санитар, който изпълнява длъжността на дезинфектор. На тая група се възлага организирането и провеждането на санитарно-епидемичното разузнаване. Тази група е полковото звено на противоепидемичната служба под ръководството на нещатния епидемиолог на полка. В ръцете на полковия епидемиолог се намират всички противоепидемични средства на полка и в своята дейност той се ръководи от непосредствените указания на началника на медицинската служба — старшия лекар, и от епидемиолога на дивизията, с когото държи постоянна връзка.

Противоепидемичната защита на войската в стрелковата дивизия е една от най-важните задачи на дивизионния лекар. Негов първи помощник в това отношение е командирът на санитарния взвод на медико-санитарния батальон, който е и епидемиолог на дивизията. Той е организаторът и ръководителят на противоепидемичната работа във всички части и подразделения на дивизията. В неговите ръце са съсредоточени всички средства за противоепидемичната борба в стрелковата дивизия. В лабораториите на санитарния взвод на медико-санитарния батальон той може да проведе бактериологични, серологични или клинични изследвания. В своята работа той се ръководи от указанията на дивизионния лекар и епидемиолога на армията.

В изолятора на дивизионния медицински пункт се задържат за наблюдение само съмнителните за инфекциозни заболявания бойци, и то само за времето, докато се уточни диагнозата. Задържането на болните от изолятора трябва да бъде колкото се може за по-късо вре-

ме. Болни с уточнена диагноза се евакуират направо по назначение в инфекциозната полсва подвижна болница.

Противоепидемичната работа в нейната цялост съставлява една от най-важните задачи на началника на медицинската служба на армията. Близък негов помощник е армейският епидемиолог и началникът на противоепидемичното отделение на медицинския отдел на армията. Армейският епидемиолог е длъжен непрекъснато да организира изучаването на епидемичните състояния на района на действия на армията, да организира непрекъснато санитарно-епидемично разузнаване със силите и средствата на медицинските служби на частите и съединенията на армията и да запланира маньовър с противоепидемичните средства на армията. Той е длъжен да провежда контрол на противоепидемичната работа в частите и учрежденията с помощта на консултации и указания на място, да разработва конкретни планове за противоепидемичната работа в определени срокове и да ръководи дивизионните епидемиолози в тяхната ежедневна работа.

Армията разполага с достатъчен брой и достатъчно противоепидемични средства и затова тя е последен етап в евакуацията на инфекциозно болните. Армията е бариера, прекъсваща по-нататъшното разпространяване на инфекциозните заболявания както от фронта към тила, така и обратно.

Масовата евакуация на инфекциозно болните от армейската болнична база назад е забранена освен в случаите, когато ще трябва да се отстъпи даден район на противника. В такива случаи при евакуацията на болните се вземат всички предпазни мерки, за да не се разпространи инфекцията. В обикновени случаи към тила може да се извезат само болни с хронично протичане на заболяването, като например при малария, дистрофично болни при дизентерия и др.

Евакуацията на инфекциозно болните от съответните етапи, когато те се намират, до инфекциозната полсва подвижна болница се осъществява само със санитарния транспорт на болницата, като в този транспорт при всяко отделно извозване се поставят болни само от един вид заболяване. След пренасянето на болните транспортът трябва да се обеззарази, а придружаващият го санитарен персонал да се подложи на санитарна обработка. Транспортът трябва непременно да има кофи с капаци за събиране и дезинфекция на отделенията на болните. Санитарният транспорт на инфекциозната полсва подвижна болница осъществява евакуация само „по назначение“ и взема болни от тия етапи, от които има предварителна заявка.

Освен специалния санитарен транспорт на инфекциозната полсва подвижна болница евакуацията на инфекциозно болните може да се извърши по изключение и със санитарния транспорт на медицинските служби на частите и съединенията, но само при условие, че

има добри условия за пълна дезинфекция на транспорта след извозването на болните.

Основните противоепидемични учреждения, с които разполага медицинската служба на армията, са:

1. Санитарно-епидемичният отряд (СЕО).
2. Инфекциозната полсва подвижна болница (ИППБ).
3. Обмивно-дезинфекционната рота (ОДР).
4. Санитарно-контролният пункт (СКП).
5. Полевият банен отряд (ПБО).
6. Полевият перален отряд (ППО).

Тези учреждения, разполагащи с достатъчно сили и средства, са мощно оръжие в борбата против епидемиите. По правило тия противоепидемични средства работят в района на армията, но когато конкретната бойна обстановка позволява, някои от тях могат да бъдат изнесени напред в районите на съединенията, а даже и на частите. Общо характерното за тях е, че всичките разполагат с подвижно имущество и собствен транспорт, което ги прави много лесно подвижни. В повечето случаи те отиват там, където има санитарно-епидемично неблагополучие, и провеждат своята работа в огнището на епидемията. В изключителни случаи и при специални показания тия средства могат да се използват за санитарна обработка на местното население, тъй като често пъти освободеното от робство местно население е в много лошо санитарно състояние и представлява непосредствена заплаха за войските.

#### ВИДОВЕ САНИТАРНО-ЕПИДЕМИЧНИ СЪСТОЯНИЯ

За правилната организация на противоепидемичната работа трябва да има единни разбирания от всички медицински началници за санитарно епидемичното състояние на частите, съединенията и районите, в които те се намират.

Санитарно-епидемичното състояние на войските или на района, в който те се намират, определяме като: благополучно, неустойчиво, неблагополучно и извънредно санитарно-епидемично състояние.

1. Благополучни в санитарно-епидемично отношение считаме:

а) Войскава част или съединение, в които няма никакви инфекциозни заболявания или има единични инфекциозни заболявания без връзка едно с друго или появяващи се в срокове, по-големи от инкубационния период на съответното заболяване (без то да е особено опасна инфекция), при условията на задоволително санитарно-хигиенно осигуряване.

б) Район, в който или в съседните му райони, в това число и войсковите части, които са разположени в съседните райони, няма

5 Организация и тактика на медицинската служба

остри инфекциозни заболявания или ако има такива, то те са единични и в съответните условия не представляват непосредствена опасност за войските.

### III. Неустойчиви в санитарно-епидемично отношение считаме:

а) Войскава част или съединение, в които се появяват даже единични остри инфекциозни заболявания, свързани едно с друго, или при появяването на групови заболявания без тенденция за по-нататъшното разпространяване на епидемията при задоволително санитарно-хигиенно осигуряване. Неустойчиво санитарно-епидемично състояние има и при разполагането в район с неустойчиво или неблагоприятно санитарно-епидемично състояние, макар че във войската може да няма заболявания, а също така и при недостатъчно санитарно-епидемично осигуряване на войската.

б) Район с незадоволителни санитарно-хигиенни условия, които благоприятствуват възникването и разпространяването на остри инфекциозни заболявания при наличността на епидемични заболявания сред местното население, които са свързани с обща причина или които възникват на отделни групи в продължение на кратък период от време, а също така и при наличност в района на епидемия сред добитъка или гризачите, които могат да се предават на хората, а също така и при район, който се намира в съседство до някое огнище на епидемични заболявания.

### III. Неблагополучни в санитарно-епидемично отношение считаме:

а) Войскава част или съединение, в които се появяват групови заболявания на една или няколко форми на инфекциозни болести с тенденция към по-нататъшното им разпространяване, а така също и при появяването във войската само на едно заболяване от особено опасните инфекции (чума или холера).

б) Район, в който сред местното население има нарастваща епидемия от заразни заболявания, а така също и при откриването в района даже на едно заболяване от холера или чума.

IV. Извънредно (чрезвычайно) санитарно-епидемично състояние се обявява: а) Във войскава част или съединение при появата и явното нарастване за кратко време на епидемични заболявания, което води тази част или съединение до невъзможност да продължи бойните си действия, или при появата на повторни заболявания от особено опасните инфекции (чума, холера).

б) В район, в който сред местното население има широко развиваща се епидемия от остро инфекциозно заболяване, опасно за войската, или при наличността на групови заболявания от особено опасните инфекции (чума или холера).<sup>1</sup>

<sup>1</sup> По Георгиевски.

Извънредното санитарно-епидемично състояние може да обяви само командващ армията по доклад на армейския лекар. Част или съединение, обявени в извънредно санитарно-епидемично състояние, веднага се извеждат от боя и се оставят в гила за ликвидирането на епидемията и за попълването им.

Условията, създаващи се сред войските през време на война (струпване на много хора на едно място при не винаги добри санитарно-хигиенни условия), дават възможност за появяването на инфекциозни заболявания и тяхното бързо разрастване в епидемии. Борбата с епидемиите е задължение не само на медицинските органи и звена, а и на целия личен състав на войската и на всеки командир.

Опитът от войната в Корея показва, че в евентуалните бъдещи войни бактериологичното оръжие може да бъде използвано от империалистите като средство за масово унищожаване. Но този опит показва също така, че има достатъчно средства и опит, които дават възможност за предотвратяване на появяването на масови епидемии, предизвикани от бактериологичното оръжие.

## НЯКОИ ОСНОВНИ ВЪПРОСИ НА БАКТЕРИОЛОГИЧНАТА ВОЙНА

(По Е. К. Каманов)

Под бактериологично оръжие разбираме употребата на различни микроорганизми или техните продукти за унищожаването на хора, домашни животни и земеделски култури. Такива средства са най-вече патогенните микроорганизми или техните токсини.

Историята дава редица примери за употребата на бактериологичното оръжие. Така например през XIV в. татарите, които са обсаждали гр. Федосия, са успели да го превземат едва след като са предизвикали в обсадения град епидемия от чума, като хвърляли в него трупове на умрели от чума хора и гризачи.

Преди 200 години европейските колонизатори в Индия, за да могат да преодолеят съпротивата на индийските племена, са прибегнали към разпространяването на вариола сред тях чрез раздаване на дрехи, заразени с вариола.

През времето на Първата световна война германците се опитаха да разпространят сип сред военните коне на Франция, и то не само вътре във Франция, а и в страните на Латинска Америка, откъдето французите се снабдяваха с коне. През 1915 г. в Петербург бе разкрит заговор, участниците в който са се готвили да разпространят в града чума.

Вижда се, че въпросът за използването на бактериологичното оръжие като средство за масово унищожаване не се поставя сега за първи път, а има своята далечна история.

След Първата световна война работата по използването на бактериологичното оръжие се особено засили независимо от забраната му от Женевската конвенция. Процесите в Нюрнберг и Хабаровск потвърдиха това. На Нюрнбергския процес се установи, че голям брой военнопленници са били заразявани с петнист тиф, дизентерия и др., и то в тия лагери, за които се считало, че ще бъдат отстъпени, така че освободените военнопленници, като се смесят с настъпващите войски, да предизвикат епидемии от споменатите инфекции сред тях.

На Хабаровския процес се установи, че японците също са се подготвяли да използват бактериологичното оръжие за постигане на победата. В Квантунската армия е имало специален отряд — мощен военно-бактериологичен комбинат, с числен състав от 3000 души под секретен № 731, с четири различни филиала по разните гридове на Манджурия и Китай. Отрядът разполагал със собствена авиация, конструирал специални бомби за разпространяването на бактериологичното оръжие, развъждал по изкуствен начин бълхи, гризачи и други преносвачи на заразни болести. Втори отряд — № 100, имал за задача да заразява пасищата, добитъка и водохранилищата. Трети отряд — № 1644, работел, както първият.

Японците не се ограничили само в подготовката на бактериологична война, но след подготовката и преминаха към провеждането ѝ. Така например през 1939 г. те заразили р. Хал-хин Гол с причинители на остри стомашно-чревни заболявания, а през годините 1940, 1941, 1942 в Китай разпространили чума в районите на гр. Нимбо и Ченде, района на езерото Дунтинху и Централен Китай.

След Първата световна война в САЩ започна усиlena работа по въпросите на бактериологичната война. В тая подготовка участвуват Министерството на войната на САЩ, Министерството на военно-морските сили, Авиационното министерство, Министерството на здравеопазването, редица университети и частни лаборатории. През 1941 г. се организира „Военно-изследователска служба“, която изгради най-големия център за производство на бактериологично оръжие. В този център работят около 3900 души. През време на Втората световна война ръководителят на този център обяви, че САЩ са по-напреднали в подготовката на бактериологичното оръжие, отколкото Хитлерова Германия.

От подготовка американците преминаха към изпробването на това оръжие. През 1949 г. те разпространиха сред ескимосите в Канада чума. През 1952 г. те употребиha масово бактериологичното оръжие във войната против Северна Корея.

#### Възможности за прилагането на бактериологичното оръжие

Историята показва, че големите епидемии винаги са били предпоставяни от такива социални катастрофи като войните. В началото дадохме таблици, от които се вижда, че войните създават всички ония условия за масовото разпространяване на епидемии както сред войските на фронта, така и сред гражданското население. Има данни, че през времето на Гражданската война и интервенцията в Русия за около 4 години са преболедували средно 20 милиона души от петнист тиф. А през време на Първата световна война за две години в Европа умряха от грип около 20 милиона души.

Войната изменя почти коренно условията на живот за определен народ. Тя води до изтощаването на материалните ресурси на страната, довежда до гладуване и недомядане, до разстройство на здравеопазването и пр. Всичко това дава ония условия, които благоприятствуват разпространяването на епидемични заболявания сред войските и населението.

За да се получи желанят ефект, като бактериологично оръжие се използват тези инфекции, които се разпространяват за много кратък период от време, дават най-голям леталитет, причинителите им се култивират лесно, лесно се разпространяват и за кратко време могат да извадят от строя и производството много хора.

Такива инфекциозни заболявания са: чумата, холерата, коремният тиф, дизентерията, сапът, петнистият тиф, жълтата треска, вариолата, енцефалитите, туларемията, газова гангрена, тетанусът и др., като се използват техните причинители или токсините им. Така например причинителят на ботулизмуса има много опасни токсини. Съществува мнение, че една унция<sup>1</sup> токсин от него може да отрови 200 милиона души.

Някои от причинителите на гореспоменатите заболявания вече са използвани. Например причинителят на чумата е използван като оръжие над Северна Корея през 1952 г. от американците в района на Валиамли, където се разболели 50 души, от които 36 завършили с exitus. Причинителят на холерата също така е използван в Корея, като са били хвърлени миди за заразяването на едно водохранилище. Причинителят на вариолата също е бил използван в Корея през 1950 г., като била предизвикана епидемия, която обхванала 3500 души.

Основната задача, която се цели с бактериологичната война, е разстройството на тяла. Известен факт е, че тилът е един от основните, постоянно действащи фактори през време на война. „Той

<sup>1</sup> Стара английска мярка = 29,86 г (бел. ред.).

подхранва фронта не само с всички произведения, а и с хора, и с бойни, настроения и идеи" (Сталин).

Знаейки важната роля на тила за воденето на войната, бактериологичните стратегии считат, че ударите трябва да се нанесат именно на него. А това се постига по пътя на изваждане от производството на голям брой хора и по пътя на унищожаването на домашните животни, което лишава стопанството от ценни хранителни продукти и суровини. Затова някои бактериологични стратегии предлагат това опасно оръжие да се приложи основно за разстройство на тила, а по-малко за действащите войски на фронта. Бактериологичните стратегии считат и това, че войската има винаги по-стройна и по-мощна организация за борбата с епидемиите и използването на бактериологично нападение, и закъсняване на организираната борба с епидемиите. Използването на това оръжие срещу мирното население води и до други облаги за тези, които го използват — заводите, предприятията и градовете остават запазени, не се разрушават. Известно е, че бактериологичното оръжие е много евтино, а тези, които искат да го приложат, са безогледни към средствата за постигане на максимални печалби.

При провеждането на бактериологичната война в Корея американците се опитаха да създадат непрекъснат пояс от епидемични огнища, откъсващи фронта от тила, като особено внимание са обръщали на населените пунктове, разположени на основни и странични пътища. За да поддържат постоянни огнища, след първото нападение на всеки десет дни те са извършвали нови нападения. Изненадите и заблуденията са основните начини за провеждането на бактериологичните нападения. Затова американците са използвали най-разнообразни методи. Това води до закъсняването за разпознаването на вида на заболяването, късното откриване, че е извършено бактериологично нападение, и закъсняване на организираната борба с него. Заразяването на един и същи район с няколко вида инфекциозни заболявания създава извънредно много трудности както в ранната диагностика, така и в специфичната терапия на заболяването.

Бактериологичните стратегии в Америка работят усилено върху разработването на въпросите по заразяването с хронично протичащи инфекциозни заболявания, което води до изваждане от строй на хората за продължителен срок от време и заангажирането на медицинските работници и учреждения с тях в борбата с тези заболявания. Те усилено работят също така и по въпроса за създаването на нови щамове от патогенни микроорганизми, които да имат вирулентността на старите, но по отношение на които наличните вакцини и имуни серуми да не действат, като в същото време те изработват нови серуми за защита на собствените си войски.

За разпространяването на инфекциите може да се използват много и разнообразни методи и начини. Като средство за прилагането на бактериологичното оръжие могат да се използват различни насекоми от рода на членестоногите като: мухи, бълхи, комари, скакалци, щурци, мравки, кърлежи и др. Тези насекоми могат да пренасят заразата по биологичен или по механичен начин. По механичния начин заразата се пренася, когато е полепена по хоботчето на насекомото, по краката му, по крилете и пр. Известно е, че мухата може да пренесе 63 вида патогенни микроорганизми.

Членестоногите са много удобни като преносители на инфекциите, тъй като са много подвижни и за кратко време от момента на пускането им се придвижват на големи разстояния, лесно се развяхват, живеят продължително и най-важното са евтини и трудно се откриват, особено ако в района, където са пуснати, има подобни видове. Бактериологичните стратегии чрез кръстосване на нови видове се стремят да получат от тях издръжливост и при ниски температури, за да разрешат въпроса за използването им и през зимата или в по-северните страни.

Гризачите също така се използват с успех при разпространяването на инфекциите. И те също така пренасят голям брой инфекции, лесно се отглеждат, евтини са и пр.

Използват се също така прилепи, кучета, котки и пр., като се заразяват с бяс, а те от своя страна заразяват домашните животни.

Различните птици като врали и др. могат да бъдат механични преносвачи на инфекции сред домашните птици.

Механични преносвачи могат да бъдат и различни предмети, като листа, пера, памук и др.

Използват се освен това охлюви, миди, месо, червеи, риби, зайци и др.

Горепозроените преносвачи на различните инфекциозни заболявания могат да разпространят инфекцията по три начина:

1. Чрез бактериологичен снаряд.
2. Чрез пускане от самолет.
3. Чрез диверсанти.

I. Бактериологичните снаряди обикновено могат да се използват само в района на фронта. Описани са шрапнелни бомби, направени от метал, чиито стени са намазани с причинителите на тифуса и газова гангрена, чиито спори са много издръжливи. Тези бомби имат поразяващ ефект на 40 метра в диаметър. За заразяването на води се използват бутилки с взриватели в гърлото, които ги разпръскват във водата. В Корея са използвани снаряди с насекоми.

II. Вторият начин — разпространяване със самолет, е много по-ефективен. Пускането от самолет може да стане чрез

чували, които сами се отварят при падането им на земята и освобождават намиращите се в тях заразни животни. Друг начин е използването на порцеланови бомби с тънки стени, пълни с бълхи или други насекоми, които се пръскат над земята и разсейват съдържанието си на голяма площ. Американците употребиха стоманени бомби, които се разделят на две половини във въздуха. Използват се също така картонени кутии, койтейнери от хартия, пускани с книжен парашут, които при приземляването си след няколко минути се самозапалват и не оставят никакви следи. В Корея с цел за заблуда са пускани предмети с формата на играчки и др. подобни. Пускани са и гумени змии, подобни на местните, които при опит да бъдат убити се спуквали и от тях излизали насекоми.

Разпространяването на инфекциите със самолет става и по аерогения начин. При него микроорганизмите или техните токсини се пулверизират или се пускат във вид на бактериологичен дъжд. Така се заразяват пътища, населени пунктове, пасища и др. При този начин на разпространяване самолетите трябва да летят ниско, за да се избегне въздействието на ултравиолетовите лъчи върху бактериите.

III. Населените пунктове, пътищата, водоемите могат да бъдат заразни от диверсанти. Те могат да заразяват обществени кухни, домове на видни обществени и партийни дейци и др.

Опитът от Корея показва, че независимо от забраната на бактериологичното оръжие империалистите го използват. Но опитът от Корея говори и друго, че империалистите не ще получат желаните от тях ефекти, там където има добра организация и подготовка на противоепидемичната защита и там където целият народ участва единно в защитата на своята родина.

Независимо от това, че в днешния период на развитие на медицинската наука и на военната медицина борбата с епидемиите е напълно овладяна, то ако не се вземат сериозни и навременни мерки, бактериологичното оръжие може да вземе редица жертви. Известен е фактът, че човек може да боледе от 1340 вида заразни заболявания. Това голямо разнообразие на заразните заболявания затруднява извършеното много борбата с тях. От това трябва да се направи сериозният извод, че противоепидемичната работа изисква здрава организация както във войската, така и сред гражданското население.

Противоепидемичната защита на войската и борбата с бактериологичното оръжие се осъществява от звената на медицинската служба. Стройната система на противоепидемичното осигуряване на войската, описана по-горе, е напълно в състояние да се справя със защитата на бойните от заразните заболявания. Работата по защитата от бактериологичното оръжие не бива да бъде дело само на меди-

цинската служба, а дело на всеки командир и боец поотделно. Само така бихме имали решителни успехи. За тази цел е необходимо системно провеждане на просветна работа във войската и сред населението по въпросите на бактериологичната война.

Тъй като бактериологичното оръжие е най-вече стратегическо, то ясно е, че действащите войски на фронта не ще бъдат под неговите главни удари, а дълбокият тил и най-вече големите промишлени центрове. Това налага провеждането на широка разяснителна работа сред гражданското население. Това налага и изграждането на единна система от мероприятия по борбата с инфекциите, в която да се включат както мирното население и органите на гражданското здравеопазване, така и медицинските служби на военните части и съединения. В това ще се изрази и единството на армия и народ — тил и фронт.

Основната работа на местното население ще бъде провеждането на мероприятия по ограничаването на бактериологичната диверсия, докато дойдат специалните звена на гражданската и военно-медицинската служба.

На мястото на пускането на инфекцията трябва веднага да се отправят членовете на местните звена за бактериологичната защита, които да вземат мерки най-вече за гризачите да не напуснат мястото на падането им. Това става чрез заграждането на мястото с обръч от горяща слама. Започва се веднага провеждането на мероприятия по дезинфекцията, дезинсекцията и дератизацията с наличните местни средства. За тази цел много удобни са различните земеделски машини на машинно-тракторните станции. С тях се пръскат различни дезинфекционни течности и се пулверизират дезинсекционните. Това се извършва до пристигането на съответните звена на медицинските служби — граждански и военни. Работата продължава, като борбата с гризачите се провежда чрез избиването им или ако са се укрили в дупки, чрез салушването им с хлорпикрин. Работещите в мястото на бактериологичната диверсия задължително са снабдени със специални костюми, маски и ботуши, които биха ги предпазвали от ползването им от бълхи или други насекоми, а на устата си задължително трябва да имат маски. Такава беше организацията във войната в Корея.

На мястото на диверсията трябва веднага да пристигнат подвижни лаборатории, които да провеждат бактериологични изследвания за откриване вида на пуснатата инфекция. Това има съществено значение за специфичната насоченост на предпазните мерки. Сред местното население или войсковата част, в района на които е пусната инфекцията, веднага трябва да се проведе специфична имунизация и при необходимост — карантиняване на хората.

Всички съмнителни предмети, намиращи се на местността, се събират, като, разбира се, не се пипат с гола ръка, а само с ръкавици

и пинята. Тия вещи и предмети се поставят в ями и се изгарят. Ако местността позволява, то много ефикасно е обработването ѝ изцяло с ранцеве огнехвъргачки или поливането ѝ с гас и запалване.

Борбата с бактериологичното оръжие е дело на всеки боец и гражданин. Само при условие че в нея ще се включи огромното мнозинство от народа и войската, можем да разчитаме на успех. Предварителната просветна и организационна работа има решаващо значение. В днешното състояние на науката ние сме напълно в състояние да не позволим разпространяването на каквато и да било епидемия сред бойците и мирното население.

Примери, че там където организацията на противоепидемичната борба е добра, епидемии не се появяват, има много. В края на Втората световна война при започване на настъпателните действия срещу Квантунската армия на Япония Съветската армия трябваше да премине през райони, в които имаше ендемични огнища на чума, но между бойците, преминали през тези райони, не се появило едно заболяване от чума. Това говори за високото ниво на организацията на противоепидемичната борба в Съветската армия и от друга страна — за добрата просветно-разяснителна работа. Понастоящем в Китайската народна република се провежда по призива на партизана и правителството борба против мухите, комарите и др. инсекти. За резултата от тая борба говори фактът, че в някои градове като Пекин и др. вече няма мухи и комари. Този успех се дължи на обстоятелството, че в това мероприятие е включен целият китайски народ.

#### Глава V

### ОРГАНИЗАЦИЯ НА САНИТАРНО-ХИМИЧНАТА И ПРОТИВО-АТОМНАТА ЗАЩИТА ПРИ УПОТРЕБАТА НА БОЙНИ ОТРОВНИ ВЕЩЕСТВА И АТОМНО ОРЪЖИЕ

#### ОРГАНИЗАЦИЯ НА МЕДИЦИНСКОТО ОСИГУРЯВАНЕ ПРИ УПОТРЕБАТА НА БОЙНИ ОТРОВНИ ВЕЩЕСТВА

Организацията на медицинското осигуряване на войските в съвременните войни, в които може да се употреби оръжие за масово унищожаване, има своите особености, които произтичат от начина на употребяването и характера на действие на това оръжие.

През XIX и началото на XX в. се направиха големи открития в различните отрасли на науката, особено в областта на естествознанието, химията, физиката, техниката и др. Резултатите от тези постижения широко се използват във всички области на живота и по-специално за подобряване материално-битовите условия на живот на трудещите се. Обаче известна част от тези постижения на съвременната наука бяха употребени вместо за подобряване живота на хората за унищожаването им като средства за водене на война. Това са: бойните отровни вещества, бактериологичното и атомното оръжие.

Като оръжие за водене на война бойните отровни вещества са били използвани във всички времена и различни войни, обаче основите на съвременната химична война бяха сложени през времето на Първата световна война — 1914—1918 г., а по-късно в Итало-абисинската война и в Китай. Опитът от приложението на бойните отровни вещества показва, че при тяхната употреба загубите сред личния състав на противника са значително по-големи, отколкото при използването на обикновеното оръжие. Освен това те нанасят поражения не само върху хората, но и върху животните, и върху имуществото.

Характерно за бойните отрови е това, че с тях за кратък период от време могат да се поразят големи войскови групировки и обширни райони. Поражаващата сила на бойните отровни вещества и ефектът от тяхното приложение зависят от свойствата и характера на веществото, от начина на приложението му, местността, времето и организацията на противохимичната защита. Данните от



миналото по отношение на поразяващите сили на бойните отровни вещества не могат да се считат за достоверни, поради това че в повечето случаи те са употребявани едностранно и най-често срещу напълно неподготвен противник. Все пак можем да направим съответните изводи, че загубите при употребата на бойните отровни вещества могат да достигнат до 30 % от личния състав. Този процент на загуби всред личния състав надвишава няколко пъти процента на загубите при употребата на обикновените средства за водене на война.

За защитата и намаляването до минимум на загубите сред личния състав на войските от поразяващото действие на бойните отровни вещества е необходима сериозна работа по организирането на противохимичната защита.

В съвременната война при всички условия на бойната обстановка бойците трябва задължително да бъдат снабдени с индивидуални средства за защита на дихателните пътища и кожата от бойни отровни вещества. За тази цел всеки боец трябва да има противогаз, който трябва да носи винаги със себе си, индивидуален противохимичен пакет и войнишко наметало (противохимично наметало).

При даване сигнал за химична опасност независимо къде е боецът и каква дейност върши, трябва веднага да си постави противогаза, а при опасност от стойки бойни отровни вещества да се наметне и с противохимичното наметало.

За правилната организация на противохимичната отбрана на войската важно условие е провеждането на системна просвета сред личния състав. При такова масово поражение, каквото могат да причинят бойните отровни вещества, провеждането на профилактични мероприятия само от личния състав на медицинската служба не би довело до реални резултати. За да има резултати в организацията на санитарно-химичната защита, необходимо е да се включи целият личен състав на войската, за която цел той трябва да бъде достатъчно подготвен.

В условията на съвременната война при всички условия на бойната обстановка подготовката на противохимични убежища е задължително условие за намаляването на пораженията от химичното оръжие. Това се отнася за всички войскове единици и за учрежденията. Тия противохимични убежища при съответна подготовка могат да защитават достатъчно добре бойците както от химичното оръжие, така и от пораженията на атомната бомба.

Поради това че в евентуалните бъдещи войни противникът ще се стреми да употреби бойни отровни вещества срещу големи групировки и когато условията на местността и атмосферните такива благоприятствуват това, то придвижването на войските и заемането на заподозрените райони трябва да става скрито от погледа на противника, като се вземат всички мерки за пълна маскировка.

Друго важно условие за избягване на пораженията от бойните отровни вещества е непрекъснатото провеждане на санитарно-химично разузнаване. То има за задача да провери дали не са заразени със стойки отровни вещества водоизточниците, хранителните продукти, районът, имуществото и други обекти. Районът се разузнава с оглед да се изучат какви са възможностите, създавани от местността, за приложение на химичното оръжие и изучаването на благоприятните условия за защита при евентуално употребяване на бойните отровни вещества. В това отношение се изучава влажността, температурата, посоката на ветровете, почвата, както и най-удобните места за разположението на медицинските пунктове и пътищата за евакуация, които могат да се ползват за правилната организация на санитарно-химичната защита.

При поразяването на войските от химично оръжие медицинската помощ започва още на бойното поле. Първата медицинска помощ се дава от самите бойци във вид на самопомощ или взаимопомощ и от санитарите. Боецът веднага си оказва помощ с индивидуалния противохимичен пакет. Срочността на оказването на първата медицинска помощ с противохимичния пакет има решаващо значение за по-нататъшното лечение, на поразените. Колкото това първично обработване се извърши по-рано, толкова е по-голяма вероятността да се премахне въобще действието на отровата. Поразените от бойни отровни вещества веднага се евакуират. Тия, които са поразени от стойки бойни отровни вещества, задължително се евакуират в отделен поток от останалите ранени и болни. А поразените от групата на задушавашите или общотоксичните вещества задължително се евакуират на носилки при пълен покой и непрекъснато даване на кислород.

В батальонния медицински пункт поразените се отделят в самостоятелна група и на отделна площадка, за да се избегне допир с другите ранени и болни. Съществена помощ тук не се дава.

В полковия медицински пункт е необходимо да се организира отделение за дегазационна обработка (ОДО), за обработката на поразените от стойки бойни отровни бойци и личен състав на ПМП, а химичната служба, медицинската, интендантската и ветеринарната служба разкриват ПСДП на 1—2 км от ПМП за окончателна обработка на поразените бойци и имущество.

След оказването на първата лекарска помощ и частична дегазация на поразените те се евакуират в дивизионния медицински пункт в самостоятелен поток. На разстояние от 1—2 км от дивизионния медицински пункт се разкрива дивизионен санитарно-дегазационен пункт (ДСДП). Този санитарно-дегазационен пункт се разкрива със силите и средствата на медицинската, ветеринарната, химичната и интендантската служба. Тук се извършва и пълната и окончателна об-



работка на поразените и на тяхното имущество и оръжие. Тук работи лекар токсиколог, който след изкъпването на бойците преглежда и тези, които нямат ясни признаци на зачервяване на кожата, след което ги връща веднага на фронта. Тия, които имат проявено зачервяване на кожата, се отправят към дивизионния медицински пункт за наблюдение; ако в известен срок това зачервяване премине в мехури, то поразените се изпращат в армейската болнична база, където се лекуват като кожно болни. Ако зачервяването премине, бойците се връщат на фронта. В ДМП се организира площадка за обработване на микстите, за което е необходимо наличие на достатъчно сили и средства.

Към всеки етап на медицинската евакуация трябва да има определено място, в което да се обработват поразените от личния състав на съответния пункт при химично нападение над него или поразени-те ранени и болни, намиращи се в тоя етап.

Ясно е, че евакуацията на поразените от бойните отровни вещества трябва да се извършва с максимално ускорени темпове. В батальонния медицински пункт поразените трябва да пристигнат няколко минути след поразяването им. В полковия — не по-късно от първия час след поразяването, а в дивизионния — в първите три часа. Спазването на тия срокове трябва да бъде една от основните задачи на медицинската служба при евакуацията на поразените, поради това че колкото по-рано се окаже медицинската помощ на поразените от бойните отровни вещества, толкова повече ще се намали поразяващото действие на веществото върху организма и сроковете за лечение на поразените се съкращават максимално.

Увеличаването на загубите, необходимостта от по-бързото оказване на медицинска помощ и своевременната евакуация на ранените налагат увеличаване на силите и средствата на медицинската служба и медико-санитарното имущество. Това се постига чрез придвижването на допълнителни бригади за усиление на медицинските служби в поразените участъци и райони. Всички тези мероприятия по организацията на медицинското осигуряване при употребата на бойни отровни вещества трябва да бъдат насочени към едно — да се приближи квалифицираната медицинска помощ към поразените.

При употребата на бойни отровни вещества организацията на медицинското осигуряване трябва да включва мероприятия по предпазването от поражения на ранените и болните, намиращи се по етапите на медицинската евакуация и в момента на евакуация. Подготовката на скривалища на всеки медицински пункт както за личния състав на медицинската служба, така и за ранените и болните е задължително. Санитарно-транспортните средства се снабдяват задължително с необходимото противохимично имущество за защита и даване

на първа помощ при поразяване от бойни отровни вещества през време на евакуацията.

На санитарно-транспортните средства, които се използват за извозването на поразените от бойните отровни вещества, се прави задължителна дегазационна обработка след всеки рейс.

#### ОРГАНИЗАЦИЯ НА МЕДИЦИНСКОТО ОСИГУРЯВАНЕ ПРИ УПОТРЕБАТА НА АТОМНОТО ОРЪЖИЕ

В началото на XX в. ядрената физика постигна огромни успехи с откриването на разпадането на атома и освобождаването на атомната енергия. Отначало това разпадане на атома ставаше по изкуствен начин чрез изразходването на голямо количество енергия. Използването на атомната енергия бе поставено на реални основи едва с откриването на новия тип ядрена реакция — деленето на атомните ядра на тежките химични елементи.

Това постижение на ядрената физика бе използвано от американските империалисти в края на Втората световна война като оръжие за масово унищожение на хората чрез произвеждане на атомни бомби, които бяха хвърлени над японските градове Хиросима и Нагазаки. От експлозията на тези атомни бомби бяха убити и ранени стотици хиляди мирни граждани. Това показва, че употребата на атомното и термоядреното оръжие като бойно средство води до огромни поражения най-вече сред мирното население.

Поразяващите фактори при атомния взрив са три: поразяване от ударната вълна, светлинното излъчване и проникващата радиация.

Ударната вълна представлява състен въздух, получен от взрива, който се движи с огромна скорост. По пътя на своето движение този състен въздух оказва натиск, който води до разрушаването на здания, местни предмети, съоръжения и жива сила. Ефектът от разрушителното действие на ударната вълна намалява с отдалечаването ѝ от епицентъра. Тя нанася сериозни поражения всред неукритите подразделения до 800 метра и по-леки до 1500 метра. Тези поражения се предизвикват освен от самата ударна вълна и от увличането след нея на различни предмети, които понякога могат да бъдат много големи и тежки (танкове, оръдия, части от сгради и др.).

Пораженията, които нанася светлинното излъчване, се причиняват от огромната температура, която се развива в епицентъра и която достига до десетки милиони градуси. Високата температура в епицентъра превръща органичните и неорганичните материи, намиращи се там, в паробразно състояние. На различно разстояние от епицентъра се получават различни степени на изгаряне до овъгляване. Така например до 800 метра върху непокритите части на тялото се получават дълбоки изгаряния. Ако бойците са облечени с тъмно облекло,

то обикновено се запалва. Получава се временно или трайно ослепяване в зависимост от това, дали боецът е гледал към мястото на взрива, или се е прикрил. От 800 до 1200 метра от центъра на взрива се получават изгаряния с мехури по непокритите части на кожата. Могат да се получат пожари и възпламенявания на боеприпаси. От 1200 до 2000 метра светлинното облъчване нанася леки изгаряния.

Проникващата радиация нанася поражения на живата сила на войските с излъчването на гама-лъчи и неутрони. Тези излъчвания действуват 10—20 секунди в зоната на атомния взрив. Освен от непосредственото въздействие върху организма от потока гама-лъчи той се поражда и от получения прах при взрива, който е силно радиоактивен. Този прах попада по откритите части на тялото, прониква с вдишвания въздух в дихателните пътища, може да се поеме с водата, храната и пр.

В зависимост от количеството на проникващата радиация и от времето на действие върху човешкия организъм хората получават големи или по-малки поражения. Получените смущения в нормалните функции на човешкия организъм при въздействието от проникваща радиация означават като лъчева болест.

За определяне степента на излъчването са изработени специални уреди, наречени дозиметри. За единица мярка служи „рентгенът“ (г). Един „рентген“ представлява количеството гама-лъчи, от които се получават в един кубически сантиметър въздух при нормално налягане и нула градуса 2 милиона чифта йони, носещи една единица заряд.

Проникващата радиация йонизира молекулите на живите тъкани и предизвиква промяна в обмяната на веществата в клетките. От лъчева болест хората заболяват, когато са на открито и се намират до 1300 метра от зоната на атомния взрив.

При употребата на атомното и водородното оръжие войските запазват боеспособността си, при условие че облъчването им не надминава допустимото количество за:

Бета-лъчи:

до 250 г при еднократно облъчване;

до 50 г на ден, но не повече от 10 дни;

до 5 г на ден, но не повече от 500 г за година.

Гама-лъчи:

до 50 г при еднократно облъчване;

до 10 г, но не повече от 10 дни и до 1 г на ден, но не повече от 100 дни на година.

Освен поражението, което предизвиква проникващата ирадиация върху организма, тя заразява и имуществото, което от своя страна може да стане източник на проникваща радиация.

Проникващата радиация се отделя не само при взривянето на атомна и водородна бомба, а и от разпространяването на бойни радиоактивни вещества. Това са вещества, които при естествени условия отделят гама-лъчи поради разпад на ядрата им. Тези вещества, пръснати на местността, поради продължителното си отделяне на лъчиста радиация представляват сериозна заплаха за живота на бойците. Особено опасна е кобалтовата атомна бомба, която след взривянето си отделя гама-лъчи в продължение на средно пет години.

Изхождайки от характера на действие на атомното оръжие, начина на приложение и силата на поразяващия фактор, медицинската служба заедно с другите служби и командването организира предпазните мероприятия за защита на войските от поражение. Придвижването и съсредоточаването на войските и заемането на запovedаните райони става скрито, обикновено нощем, със спазването на всички изисквания на маскировката и колкото се може по-бързо. Движението на войските трябва да става разсрещоточено на възможно най-големи разстояния.

При заемането на района от войските местността веднага се подготвя в инженерно отношение за противоатомна защита. Обикновеният окоп е бил и си остава най-добрият и верен другар на боеца. Окопът защитава боеца от всичките действущи фактори на атомното оръжие. Необходимо е той да е достатъчно дълбок, с ниши, начулен и изхвърлената пръст при изкопаването му да не се натрупва пред него. Всички противохимични убежища се приспособяват за противозатомна защита.

Характерът на самата местност също може да се използва за защита против атомното оръжие. Така например силно пресечената местност намалява извънредно много силата на ударната вълна. Обикновено за защита се използват хълмовете, като войските се поставят в основата им, и то на тоя скат, който е обратен на ударната вълна. Използването на естествените условия на местността за защита от атомното и термоядреното оръжие и бойните радиоактивни вещества е задължително за всички войскове части и учреждения.

Срещу проникващата радиация могат да се използват най-различни материали, като се има предвид, че степента на проникването на гама-лъчите зависи от плътността на материала и дебелината на неговия слой. Така например пласт от 14 см пръст намалява силата на радиацията двойно, 6 см стомана — 5 пъти, 60 см бетон — окло 100 пъти и т. н. Изхождайки от тези данни, могат да се подготвят скривалища, които максимално да защитават бойците от всичките действущи фактори на атомното и термоядреното оръжие.

Медицинските пунктове във войсковия район също трябва да подготвят скривалища за укриването на ранените и болните, както и за личния състав на пунктовете. В повечето случаи медицинските пунк-

тове ще трябва да работят дълбоко окопани в земята. При това свое обезвеждане медицинските служби трябва да търсят съдействието на инженерните войски и на командването. Със собствени сили те не ще се справят. Важно условие за предпазването на войските от поражението на атомното оръжие и по-специално от личната радиация е провеждането на радиационното разузнаване. То се организира подобно на химичното. Радиационното разузнаване има за задача да установи условията на местността, които биха благоприятствували противоатомната защита, както и да открие степента на заразяване на местността, водата и въздуха с радиоактивни вещества. При откриването на заразени райони те се обозначават със специални знаци и се правят проходи, по които може да се мине.

Разузнавателните групи са снабдени с дозиметрични апарати с цел да се установи не само заразяването, но и неговата степен.

За предпазването от поражението на личната радиация на атомната бомба и бойните радиоактивни вещества трябва да се използват личните противохимични средства, с които разполагат бойците. Противогазът напълно предпазва бойците от псуване по лицето и вдишване на радиоактивния прах. В съвременната война употребата на атомното и термоядреното оръжие ще се съпътства от употребата и на бойните отровни вещества. Следователно при провеждането на противоатомни мероприятия нашироко трябва да се използват противохимичните средства.

Като бойни средства атомната и водородната бомба и бойните радиоактивни вещества нанасят огромни загуби сред личния състав на войските. Тези загуби могат да бъдат десетки пъти по-големи от досега понесените загуби в миналите войни. Въпреки че примерът от употребата на атомната бомба в Япония не може да се вземе като правило за количеството на загубите от атомния взрив, все пак той показва, че това ново оръжие е много опасно.

Загубите, които се понасят от атомното и термоядреното оръжие, имат най-различен характер и степен. Освен нараняването и контузиите голям брой от поразените получават обгарения от различна степен, а проникващата радиация предизвиква лъчева болест с различна степен на проявяване и различна продължителност.

При атомното и термоядреното оръжие и бойните радиоактивни вещества първата медицинска помощ се оказва от самите бойци в порядъка на самопомощ и взаимопомощ или помощ от санитаря. След поразяването поразените се подлагат на частична санитарна обработка и частична дезактивация, което се прави в района на бойните действия, а след това бързо се изнасят към етапите на евакуация.

Частичната санитарна обработка се извършва, като поразените се измиват с вода от матерките, и то по откритите части на тялото.

Частичната дезактивация се провежда по отношение на дрехите и оръжието.

Поради това че пораженията от атомната бомба най-често са тежки и комбинирани, то квалифицираната медицинска помощ трябва да се доближи колкото се може по-близо до района на поразяването. До полковия медицински пункт се прави частична санитарна обработка и дезактивация на поразените бойци — най-често по механичен начин. В дивизионния медицински пункт се извършва пълна санитарна обработка и пълна дезактивация на имуществото, като след всяка обработка се проверява степента на заразяването от проникващата радиация.

Поради голямото количество на загубите най-често силите и средствата на медицинската служба на войсковата единица, в която е попаднала атомната бомба, се оказват недостатъчни за осигуряването на загубите, а характерът на самото поражение изисква срочно даване на медицинска помощ. Това налага медицинските пунктове и учреждения да се приближат колкото се може по-близо до поражения район, като по този начин се съкращава пътят на евакуацията и се осигурява бързото оказване на квалифицирана медицинска помощ.

Освен това за бързото провеждане на частичната санитарна обработка и частичната дезактивация могат да се създадат допълнителни бригади (отряди) от добре подготвени бойци или от медицински състав, които могат да окажат значителна помощ на личния състав на медицинската служба.

За санитарната обработка и пълната дезактивация на поразените бойци и имущество се организират специални площадки или се използват тези за детазация, които задължително се организират към медицинските пунктове.

Във всички случаи на поражение от атомно оръжие и бойни радиоактивни вещества поразените се евакуират в самостоятелен поток, а санитарно-транспортните средства се дезактивират след тяхната употреба.

Противоатомната и санитарно-химичната защита в съвременната война не могат да се провеждат отделно от общата организация на медицинското осигуряване на войските. В общата система на организацията на медицинското осигуряване трябва да залегнат въпросите на противоатомните и противохимичните мероприятия. Само когато бъдат организирани всички мероприятия по медицинското осигуряване на войските в съвременната война, могат да се изпълнят задачите, които стоят пред медицинската служба.

## Глава VI ОРГАНИЗАЦИЯ НА МЕДИКО-САНИТАРНОТО СНАБДЯВАНЕ ВЪВ ВОЕННО ВРЕМЕ

### ОРГАНИ И БАЗИ ЗА СНАБДЯВАНЕ

Една от дейностите на медицинската служба по организацията на медицинското осигуряване на войските е организацията на медико-санитарното снабдяване. Във военно време медико-санитарното снабдяване има за задача да осигурява непрекъснато медицинските служби на частите и медицинските учреждения с необходимото им за тяхната ежедневна работа медико-санитарно и други видове имущество.

В съвременната война снабдяването на войските с всякакъв вид имущество играе съществена роля за изхода на боя. Това важи и за снабдяването на медицинските служби, на които трябва да се осигури непрекъснато подпомагане на имущество за оказване на първа помощ на ранените и болните, за оказване на медицинска помощ на ранените и болните по етапите на медицинската евакуация, а така също и имуществото, необходимо за противоепидемичното, противобактериологичното, противохимичното и противоатомното осигуряване на бойните действия на войските.

Медико-санитарното снабдяване е задължение на началника на медицинската служба в системата на организацията на медицинското осигуряване на войските. В тая своя дейност медицинският началник се подпомага от снабдителните органи, които влизат в състава на медицинската служба и които осъществяват снабдяването.

В стрелковия полк снабдяването се осъществява от медицински техник (фельдшер), който е профилиран като помощник-аптекарь и който завежда аптеката на полковия медицински пункт. Той снабдява подразделенията на полка по указанията и с разрешения на старшия полков лекар.

В стрелковата дивизия има фармацевт, който осъществява снабдяването на медицинските служби на частите на дивизията и е помощник на дивизионния лекар по въпросите на медико-санитарното снабдяване на медицинските служби на дивизията.

### Видове медико-санитарно имущество

85

В армията (фронта) към медицинския отдел има също снабдителен орган, който работи под ръководството и указанията на медицинския началник.

### ВИДОВЕ МЕДИКО-САНИТАРНО ИМУЩЕСТВО

За осъществяването на дейността на медицинската служба по медицинското осигуряване на войските е необходимо разнообразно имущество. Имуществото, което използва медицинската служба за своята дейност по медицинското осигуряване на войските, се разделя на медицинско и санитарно-домакинско.

Към медицинското имущество се отнася това имущество, което се използва при лечението на ранените и болните, поразените от бойни отровни вещества, от бойни радиоактивни вещества или от атомното оръжие. Към него спадат всички видове медикаменти, превързочни материали, шини и др.

Санитарно-домакинското имущество е това имущество, което също задължително се използва от медицинската служба, но няма пряко отношение към непосредственото лечение на ранените и болните, като носилки, чаршафи, одеяла и др.

Всяко звено на медицинската служба е снабдено с необходимото количество и вид медико-санитарно имущество по установените таблици и норми за снабдяване във военно време. Тези таблици и норми се изчисляват така, че да може всяко звено на медицинската служба да покрива разходите си при текущата си работа.

Освен горното деление имуществото, което ползува медицинската служба, се дели на такова за безсрочно ползуване и разходно имущество.

Към имуществото за безсрочно ползуване се отнасят такива предмети, които не се изразходват, а се износват от дълготойното им употребяване. Към него спадат инструментариумът, приборите, микроскопите и др. Към разходното имущество спадат медикаментите, превързочните материали и др.

В зависимост от това, дали имуществото се разходва за осигуряването на бойните действия на войските, или извън бойни действия, то се разделя на два вида: имущество за бойно довольствие и имущество за текущо довольствие.

Имуществото за текущо довольствие се използва за осигуряване работата на медицинската служба през време на извънбойните действия на войските. Това имущество е необходимо за ежедневната работа на медицинската служба. То се изчислява по методите на мирновременното снабдяване — с тревателна ведомост, която се изпраща на старшия медицински началник, и след неговото утвърждаване се отпуска от снабдителния орган. Требането се извър-

шва в определени срокове, като броят и видът на предметите не се различава особено от това за мирно време. Необходимото количество имущество се определя по броя на хората, които осигуряваме.

Имуществото за бойно осигуряване е такова имущество, което се изразходва от медицинската служба през време на бойни действия на войските. То се характеризира с това, че се използва ограничено по вид имущество, но в голямо количество. Така например през време на бойните действия на войските се изразходват много превързочни материали, шини и др. Имуществото за бойно довольствие се трябва за всеки бой поотделно. Преди започването на боя всеки медицински началник е длъжен да изчисли необходимото му имущество за предстоящия бой въз основа на вероятните загуби, да направи заявка до по-старшия медицински началник и да следи за неговото получаване. При изчисляването на необходимото имущество всеки медицински началник е длъжен да предвиди и имущество за подчинените му медицински служби пак по пътя на изчисляването на вероятните загуби.

Требването на имуществото за бойно довольствие по заявки не освобождава от оформяването му след боя по общите правила за оправдаването на изразходването имущество. Требването на имущество със заявки се разрешава само за имущество за бойно довольствие, и то с цел да се съкратят сроковете за неговото доставяне. Доставянето на имущество за бойно довольствие се извършва най-често със санитарния транспорт, който отива празен към фронта за вземане на ранени. В изключителни случаи може да се напрати освен санитарен и друг вид транспорт за превозване на имуществото.

Установяването на точния вид имущество, което се ползва за бойно довольствие, се определя от началника на медицинската служба на армията (фронта) в зависимост от конкретната бойна и медицинска обстановка. Ако в предстоящите бойни действия на войските се очаква употребата на бактериологично, химично или атомно оръжие, то броят на имуществото се увеличава с необходимото имущество за провеждане на съответната борба.

#### ИЗИСКВАНИЯ СПРЯМО МЕДИКО-САНИТАРНОТО ИМУЩЕСТВО

За да може медико-санитарното имущество да бъде използвано от медицинската служба в полски условия, то трябва да отговаря на редица изисквания. Това особено важи за имуществото на бойно довольствие.

Медико-санитарното имущество трябва да бъде изработено и опаковано така, че да бъде колкото се може по-удобно и просто при използването му в полски условия. Да бъде издръжливо на транспортировка, да се съхранява лесно, да е малко по обем и леко. Меди-

ко-санитарното имущество трябва да отговаря на определените и изпитани в полски условия стандарти.

Медико-санитарното имущество трябва да бъде в комплекти. Това създава удобства за требването му и бързина в работата при разгръщането на медицинските пунктове. Комплектите трябва да съдържат строго определен вид имущество в определени количества и с определено назначение. Получаването на медицинското имущество в комплекти улеснява особено много снабдяването с имущество за бойно довольствие.

Комплектите за бойно довольствие трябва да бъдат опаковани в специален амбалаж, който да осигурява превозването, съхраняването и използването на имуществото. Амбалажът не трябва да увеличава много обема и тежестта на комплектите. За такъв се използват най-често формените сандъци, които се приготвят от лек материал. Опаковката трябва да осигурява бързото разгръщане и събиране на имуществото. Освен това сандъците трябва така да са изработени, че да могат да се използват в полските условия като масички, като поставки за превързочни и други. Сандъците заедно с имуществото вътре в тях не бива да са по-тежки от 50 — 60 кг, за да могат да се пренасят от двама души.

Освен сандъците за формена опаковка се използват и меки материали като брезент. Такъв материал се използва за опаковката на комплект Б<sup>1</sup>. Той представлява брезент, ушит във вид на раница. Брезентът трябва да е импрегниран, за да не пропуска вода. Тежестта на този комплект е по възможностите на един човек — 16 — 18 кг.

#### ХАРАКТЕРНИ ОСОБЕНОСТИ В ОРГАНИЗАЦИЯТА НА МЕДИКО-САНИТАРНОТО СНАБДЯВАНЕ ВЪВ ВОЕННО ВРЕМЕ

Организацията на медико-санитарното снабдяване във военно време се подчинява на системата „етапно лечение с евакуация по назначение“, на базата на която се строи съвременната организация на медицинското осигуряване на войските.

Първата характерна особеност на медико-санитарното снабдяване е тази, че във военно време то се извършва от „себе си“. Всеки медицински началник е длъжен да организира снабдяването с медико-санитарно имущество на подчинените му медицински служби и учреждения, като предвиди необходимото им количество и го достави. Това не значи, че подчинените се освобождават от правенето на заявки за имущество, но то освобождава подчинените от това, да отделят внимание за получаването на имуществото. По такъв начин

<sup>1</sup> „Превързочни средства“ — съдържа стерилни и нестерилни превързочни материали, разчетени за сто превръзки (бел. ред.).

всеки медицински началник през време на боя има възможността да съсредоточи цялото си внимание напред към фронта по осигуряването с медицинска помощ на ранените и болните.

Втората характерна особеност на медико-санитарното снабдяване е тази, че имуществото се доставя в комплекти. При бойни условия требването и получаването на имущество по бройки е невъзможно, защото това губи извънредно много време, с което в бойната обстановка не разполагат нито медицинският началник, нито снабдителният орган.

Третата характерна особеност е, че медико-санитарното имущество, необходимо за осигуряването на съответен бой, се изчислява върху броя на вероятните загуби. В мирно време изразходването на медико-санитарното имущество зависи от броя на личния състав и факторите, които влияят върху заболяванията. Във военно време имуществото се трябва в зависимост от броя на вероятните загуби, а вероятните загуби зависят от вида на боя, въоръжеността, местността, времето и пр., с една дума — от бойната обстановка. Следователно броят на личния състав не играе решаваща роля за загубите и не може да служи за база за изчисляването на необходимото медико-санитарно имущество. Всеки комплект, получен за бойно осигуряване на войските, съдържа материали за осигуряването на около 100 души ранени бойци.

Медицинското осигуряване играе съществена роля в изпълнението на задачите на медицинската служба по медицинското осигуряване на войските. Медицинският началник е длъжен да отделя сериозно внимание при организирането му както преди започването на боя, така и през време на боя. Особено внимание трябва да се отделя в условията на съвременната война за снабдяването със средства за защита от химичното, бактериологичното и атомното оръжие на противника.

## Глава VII

### МЕДИЦИНСКО РАЗУЗНАВАНЕ

Войските провеждат своята бойна дейност в условията на непрекъснато изменяща се бойна обстановка. Тези промени на бойната обстановка оказват съществено влияние върху прилагането на силите и средствата на войските. Това води до необходимостта винаги и непрекъснато да се провеждат мероприятия по изясняването на условията, които ще влияят върху бойните действия на войските. За тази цел командването провежда разузнаване, което има съществено значение за пълното и най-доброто използване на силите и средствата и за предпазване от изненади. Й. В. Сталин казва: "... Подобривайте разузнаването — очите и ушите на армията, помнете, че без това не може да се бие врагът съвсем сигурно."

В зависимост от целите, поставени пред разузнаването, то бива няколко вида:

- 1) оперативно;
- 2) тактическо;
- 3) бойно;

4) специално разузнаване, което се организира от началниците на всички родове войски и служби и се води за получаването на данни, необходими за използването на своя род войска (служба) в боя.

Медицинското разузнаване е едно от специалните видове разузнавания. То се състои от система от мероприятия на медицинската служба, имащи за цел да уяснят условията, влияещи върху прилагането и пълното използване на силите и средствата на медицинската служба и върху санитарното състояние на войската. Медицинското разузнаване има съществено значение за правилната организация на работата на медицинската служба. То има съществено значение за предпазването на войските от епидемии, избирането на най-удобни пътища за евакуацията на ранените, най-удобните места за разгръщане на медицинските пунктове и пр.

Спрямо медицинското разузнаване се поставят различни изисквания в зависимост от бойната обстановка. Едно от първите изисквания спрямо него е то да бъде непрекъснато.

Условията, които влияят върху работата на медицинската служба, имат тази особеност, че непрекъснато се менят, понякога много бързо, особено тези условия, които влияят върху санитарно-епидемичното съ-

стояние на войските. Тази променливост на условията изисква сведенията за медицинската обстановка да се събират не едновременно, спазовно, а системно и непрекъснато, от всички медицински органи, които имат задължението да събират тези сведения.

Второто изискване спрямо медицинското разузнаване е достоверност на получените данни. Тъй като всяка неточност или неверност в получените данни може да доведе до вземането на различни извънредни мерки, което нещо е свързано със загуби на време, изразходване или разпиляване на средства и ангажиране и на жива сила, което пък може да доведе до затормозване на бойните действия на поделенията или частта, то трябва много внимателно да подхождаме при оценяването на получените сведения. Достоверността на получените данни се осигурява чрез съпоставянето им с получените данни от различни източници и по различни пътища. Личната проверка на получените данни на самата местност е най-сигурното средство за подсибяване достоверността им. Ако получените данни от различните източници съвпадат и отговарят на данните от личното наблюдение, то може да сме уверени в тяхната достоверност.

Получените данни имат стойност само при своевременно им получаване. Бързината и своевременността на медицинското разузнаване е третото изискване към него. Закъсняването в доставянето на необходимите данни довежда до закъсняването с вземането на необходимите мерки, а понякога и до невъзможност да се проведат. Закъсняването в откриването на огнището на епидемичното заболяване води до закъсняване и на мероприятията по ликвидирането му, а това създава възможността огнището да разрасне. Закъсняването в получаването на сведения не ще позволи своевременното осъществяване на профилактичните мероприятия и не ще даде възможност на медицинската служба да се преустрои за работа в новата обстановка.

Четвъртото изискване спрямо медицинското разузнаване е то да бъде приемствено и последователно. Това значи, че сведенията, които се получават от медицинското разузнаване, трябва да се използват не само от тоя началник на медицинска служба, който е организирил това разузнаване, но трябва да стават известни и на съседните медицински началници, за които тия сведения също могат да имат значение. Освен това тия данни трябва задължително да се предават от един медицински началник на друг — от тоя, който напуска определен район, на тоя, който пристига в същия район. Това предаване на данните от един началник на друг осигурява също така и непрекъснатостта на разузнаването и дава възможност на новия началник веднага да се ориентира по отношение неблагоприятната обстановка на района.

Петото изискване е медицинското разузнаване да бъде ешелонирано, а това значи да се въведат в действие всички налични сили и средства в тия случаи, когато се сблъскваме със сериозни епидемични огнища или други опасности за войските.

Шестото изискване е медицинското разузнаване да бъде действено. Това значи откритото неблагоприятно при медицинското разузнаване да се ограничи, изолира или ликвидира веднага с наличните местни средства, а след това да се докладва и да се чакат указания за по-нататъшните мероприятия. Например при открит заразен водоизточник веднага да се забрани ползуването му, като се постави пост или табелка за неговата негодност, а след това да се търсят средства за обеззаразяването му.

В зависимост от задачите, които се поставят пред медицинското разузнаване, то може да бъде санитарно-тактическо, санитарно-епидемично, санитарно-химично и радиационно.

Санитарно-тактическото разузнаване има за задача да проучи местните условия за разкриването на етапите на медицинската евакуация, да разузнае има ли пътища за евакуация и тяхната годност за използване, събира сведения, необходими за организирането на практическата работа на едно или друго медицинско учреждение или етап. Санитарно-тактическото разузнаване определя например характера на местността, дали тази местност ще затрудни, или не работата на медицинската служба, годността на пътищата за санитарен транспорт, има ли водоизточници, има ли местни средства за транспортировката на ранените или средства за тяхното настаняване за лечение (като кривати, постилъчни материали и др.). Към задачите на санитарно-тактическото разузнаване спада и издирването на граждански лечебни и профилактични учреждения и определянето на тяхната годност за използване от медицинската служба, а така също и издирването на медицински органи и имущество.

Санитарно-епидемичното разузнаване има за цел своевременно да открие санитарно-епидемичното неблагоприятно или наличието на епидемия както сред местното население, така и сред нашите войски и военнопленниците. То също така се стреми към откриването на източника на инфекцията. Обект на санитарно-епидемичното разузнаване са новите райони, заети от войските или подлежащи на заемане в най-скоро време, а така също и пътищата, по които предстои да минат войските.

Санитарно-епидемичното разузнаване се стреми да установи следните неща:

1. Дали има епидемично заболяване на територията, заета от нашите войски или тези на противника, характера на заболяванията,



особеностите на клиничното протичане на тези заболявания, смъртността и динамиката на заболяванията.

2. Причините, които са предизвикали появяването на съответно заболяване, и причините, благоприятстващи неговото разпространяване; битовите условия на местното население, които биха благоприятствували развитието на епидемията; местните обичаи, способстващи за пренасянето на инфекцията, културния урвен на местното население и неговото икономическо положение; санитарното състояние на населените пунктове; състоянието на жилищата, възрастта и др.

3. Начина за прибиране и обеззаразяване на нечистотините, състоянието на водоснабдяването, характера на водозточниците и качествата на водата.

4. Какъв е характерът на храненето на местното население и наличността от продоволствени запаси.

5. Какви са географските особености на местността — топографски и климатични, влияещи върху разпространяването на инфекциите. Наличността на трансмисивни заболявания, свързани с характера на водоснабдяването, храненето, особености на климата, наличността на насекоми — преносвачи или гризачи, а също така от наличността на ендемични заболявания.

6. Провеждат ли се противоепидемични мероприятия сред местното население и техният характер.

7. Има ли медицински учреждения, тяхното предназначение и емкостта им, обема и характера на изпълняваните от тях задачи.

8. Има ли медицински специалисти, като например бактериолози, хигиенисти, инфекционисти и др. Особено щателно се разузнават пунктовете, набелязани като места за нощувки и денувки за войските или места за големи почивки.

Изискванията, изредени по-горе, важат особено много за санитарно-епидемичното разузнаване, което трябва да бъде непрекъснато, действено, ешелонирано, приемствено и последователно, и то особено в настъпателните боеве.

Във всеки район, намиращ се на разположение на войските или на учрежденията, след като бъде достатъчно и задълбочено изучен в санитарно-епидемично отношение и бъдат проведени основните противоепидемични мероприятия, се организира непрекъснато и активно санитарно-епидемично наблюдение.

Санитарно-епидемичното разузнаване се различава от санитарно-епидемичното наблюдение. Обект на санитарно-епидемичното наблюдение е районът, изучен по-рано с методите на санитарно-епидемичното разузнаване, но поради това че войските продължават да се намират в определения район, наблюденията над него не могат да бъдат прекъснати, нито пък отслабени, тъй като епидемич-

ните условия, особено в районите на бойни действия, могат рязко да променят своето епидемично състояние. В условията на бактериологичната война тези промени могат да дойдат много неадекватно. Тези промени могат да възникнат освен от употребата на бактериологично оръжие още и от придвижването на местното население. Местното население, което е било под окупацията на противника, обикновено се намира в извънредно лошо санитарно-епидемично състояние. То може да се използва от противника за пренасянето на инфекции чрез предварително разпространяване на епидемии в районите, които противникът мисли да отстъпи. При освобождаването на такива райони местното население представлява сериозна заплаха за войските. Затова санитарно-епидемичното наблюдение трябва да бъде особено активно и непрекъснато спрямо местното население.

В общата система на противоепидемичните мерки, насочени към предпазването на войските от епидемии, санитарно-епидемичното разузнаване и санитарно-епидемичното наблюдение съставляват важно звено, което играе особено голяма роля в организацията на медицинското осигуряване на настъпателните боеве.

Добре проведеното санитарно-епидемично разузнаване на района и на войските дава възможност за правилното запланиране на противоепидемичните мероприятия в предстоящите бойни операции, подготовката на силите и средствата и вземане на сфаксисни профилактични мероприятия.

Санитарно-химичното разузнаване има за цел да получи своевременно достоверни данни за условията, в които предстои да се работи в случаи на използването на химичното оръжие, за правилното разрешаване на въпросите по предпазване на войските, правилната организация на първата помощ и евакуацията и лечението на поразените от бойни отровни вещества. То има следните задачи:

1. Да разузнае местността и населените пунктове, като цели с това да издири най-неуязвимите за поразяване откъм въздуха местности, издириране на места, в които има опасност да се „стече“ бойната отрова, и избягването им от етажите на медицинската евакуация и от войските. Санитарно-химичното разузнаване има задача също така да издири удобни помещения в населените пунктове, които могат да се приспособят за защита от бойните отровни вещества. Разузнаването е длъжно да открие заразените участъци, водозточници и установи възможността за тяхното ползуване. Издира материални ресурси сред местното население, които биха могли да се използват за санитарно-химична защита на ранените и болните.

2. Изследване на определени случаи на поразяване от бойните отровни вещества с цел да се изясни клиничната и патолого-анатомичната картина на загиналите хора и животни, за което се взе-

мат органи и се изпращат в лабораториите за изследване. Това ни дава възможност за определяне вида на бойната отрова, която е използвал противникът, и средствата за защита от нея.

3. Получаване на данни за химичното въоръжение на противника и за подготвеността на неговите служби за водене на химична война.

4. Извършване на експертиза на хранителни продукти за определянето на тяхната заразеност от бойни отровни вещества.

В зависимост от поставените задачи санитарно-химичното разузнаване се води или самостоятелно от медицинската служба в съответствие с общото разузнаване, или при използването на силите и средствата на химичната служба заедно с медицинската.

Радиационното разузнаване се провежда в районите на хвърляне на атомно оръжие и БРВ.

За правилното провеждане на медицинското разузнаване независимо от вида му голямо значение има неговото организиране. Разузнаването трябва така да бъде организирано, че да не се разпиляват силите и средствата, а те да бъдат съсредоточени и насочени към уясняването на такива въпроси, които остават неясни след получаването и използването на наличните данни.

Необходимите сведения за медицинската обстановка се получават чрез: а) изучаването на военно-географските, политико-икономическите и санитарните описания на определения район; б) получаване на сведения от щабовете или от политическите организации; в) събиране и проверяване на данните, които притежават местните медицински работници и местно население; г) участие при разпит на военнопленници и най-вече при разпит на пленени противникови медицински работници; д) използване на данните, които дава разузнаването на партизанските отряди; е) непосредствено изследване на районите и отделните обекти от органите на медицинската служба.

Медицинското разузнаване разполага обикновено с кратки срокове, след което добитите данни нямат значение и стойност. Затова когато медицинският началник организира разузнаването, преди да постави задачите на изпълнителите, той трябва ясно да уточни какви въпроси има да се уясняват и за какви срокове.

Предварителната работа, която има да извърши медицинският началник по организирането на медицинското разузнаване, се състои в уясняването на бойната задача на частта и района на предстоящите бойни действия (изучаването на този район по карта); запознаването му с разполагаемите данни за медицинската обстановка и разузнаването им; съставяне списък на въпросите, които трябва да се

уяснят чрез медицинското разузнаване; определяне времето, с което разполага медицинската служба за провеждането на разузнаването и получаване на данните, като се изхожда от бойната задача, която има да изпълнява частта.

След като целият материал, с който се разполага, е разучен и обработен и са уточнени въпросите, които има да се изяснят, медицинският началник трябва да формулира конкретните задачи на разузнаването, да установи количествения състав на разузнавачите и тяхната квалификация и да определи транспортните средства, с които ще се движат. Когато времето, с което разполагаме, е много малко, за пълното му използване разузнавачите се разпределят на няколко групи, съставени от медицински лица с различна квалификация, като въпросите, които трябва да се уяснят, се разпределят помежду им. В такива случаи за оползотворяването на времето се използват бърз транспорт.

Поставените задачи трябва добре да се изяснят на провеждащите разузнаването. Трябва да се отчита и квалификацията на този, който провежда разузнаването, при поставянето на задачите. Не всеки медицински орган може да извърши всякакъв вид разузнаване. Поставящият задачите за разузнаване трябва да даде на разузнавача данни за предстоящите бойни действия, да се дават в писмен вид задачите, които има за изясняване, да посочи на картата маршрута, който има да измине, или да му даде схема на разузнавания обект, а така също реда, мястото и срока за докладването на получените резултати от разузнаването.

Опитът от Великата отечествена война на СССР показва, че се изисква особена точност на организацията на медицинското разузнаване в настъпателните боеве, като тук извънредно важно значение имат данните, получени за санитарно-епидемичното състояние на освободения район. През време на настъплението медицинското разузнаване се стреми да открие огнищата на заразените заболявания и вземане мерки за тяхното бързо ликвидиране. Но с това не се изчерпва работата на медицинското разузнаване, тъй като възможностите за бързото изменение на епидемичната обстановка е винаги на лице в настъпателните боеве. Необходимо е повторно изследване и непрекъснато наблюдение на района. Това налага ешелонираност на медицинското разузнаване.

Първият ешелон на разузнаването се организира със средствата на медицинската служба на войсковите части и съединения. Този ешелон открива огнищата на инфекция и по възможност ги ликвидира.

Вторият ешелон — значително по-мощен от първия, се състои от силите и средствата на медицинската служба на армията и фронта. Задачата и на двата ешелона е да се открият новопоявилите се епи-

лемии и да се вземат мерки за тяхното ликвидиране, като задължението на втория ешелон е ликвидирането на открити от първия ешелон огнища, но неликвидирани от него, тъй като не е имал възможност за това.

Изпълнителят на разузнаването пристъпва към изпълнението на поставените му задачи след подробното запознаване с указанията, дадени му от организирания разузнаването. Извършващият разузнаването изработва план за медицинското разузнаване, който план е един от допълнителните (незадължителни) оперативно-щабни документи. В него се определят задачите, времето на изпълнението, изпълнителят, транспортът, маршрутът и пр.

Като източници за получаването на сведения за медицинското разузнаване могат да служат: а) личното изследване на обекта за разузнаване; б) разпитване на местни медицински работници или местни органи на местността; в) разпитване на местното население. Най-голяма достоверност имат данните, получени чрез личното изследване.

Разузнавачът извършва цялата своя дейност по предварително подготвения план и в определените срокове. Ако в хода на работата има възможност задачите да се разделят, разузнавачът трябва да се стреми получените данни от изпълнението на някои от задачите веднага да съобщава.

Разузнаването може да се изпълни от отделни лица с различна квалификация, от група или от няколко групи.

\*\*\*

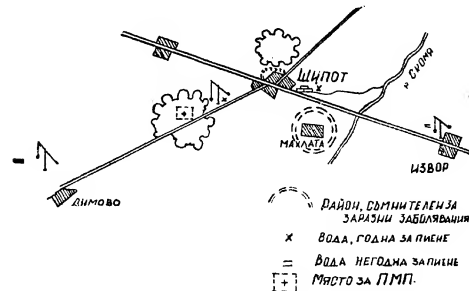
Резултатите, получени от медицинското разузнаване, могат да бъдат докладвани чрез: личен устен доклад пред медицинския началник, чрез изпращането на писмено донесение и чрез съставяне на отчетна картичка.

Независимо от формата на донесението разузнавачът е длъжен да даде изчерпателни отговори на поставените му въпроси. При устното докладване донесението трябва да бъде кратко, ясно и обито, като се посочат източниците, от които са получени данните.

Писменото донесение също трябва да бъде кратко, ясно и обито и да е направено по формата, установена за полевите документи. Освен изложението разузнавачът трябва да има името и местонахождението на лицето, за което е предназначено изложението, мястото и времето на съставянето на донесението и подпис на разузнавача.

Най-добрата форма за предаване резултата от разузнаването е изработването на отчетна картичка. Отчетната картичка представлява схема на изследвания район, върху която чрез условни знаци графично са изобразени местността и данните, които интересуват

медицинската служба. Това, което не може да се изрази графично на схемата, се излага допълнително в легендата към схемата. В нея във вид на кратки пояснения се дават тия неща, които не могат да се дадат в схемата (виж фиг. 3).



Фиг. 3. Отчетна скица на медицинското разузнаване

Разузнаването като задължителна форма на работа на медицинската служба има извънредно голямо значение както за работата на медицинската служба, така и за предпазването на войските от различни изненади и неблагоприятия. Подценяването на ролята на медицинското разузнаване или неговото небрежно осъществяване винаги води до неизпълнението или до незадоволителното изпълнение на задачите по медицинското осигуряване на бойните действия на войските.

## Глава VIII

## УПРАВЛЕНИЕ НА МЕДИЦИНСКАТА СЛУЖБА

С разполагаемите сили и средства военно-медицинската служба извършва редица мероприятия, насочени към осъществяване на задачите, които стоят пред военната медицина. Тази целокупна дейност на медицинската служба представлява същността на медицинското осигуряване. Ръководенето на работата на органите и средствата на медицинската служба за медицинското осигуряване на войските представлява управлението на медицинската служба.

Управлението на медицинската служба не се е появило изведнъж във военната практика. До появата на постоянните армии не може да се говори за осъществяването на управление на медицинската служба, защото не са съществували отделни сили и средства за работата на медицинската служба. С въвеждането на медицинския състав и съответна материална част във войските се заражда и необходимостта от ръководство на работата с тези сили и средства. Най-напред това ръководство се е ограничавало само до лечебната дейност на подчинения медицински състав. Не е схващано още значението на цялостното ръководство на дейността на медицинската служба, като ръководството на лечението е било откъснато от ръководството на евакуацията. С развитието на военното дело (особено появата на различни родове войски) и военната медицина пред медицинската служба в армията възниквали нови задачи и се появявали нови медицински учреждения, което увеличавало значението и усложнявало управлението на медицинската служба. Характерен белег обаче на управлението на медицинската служба до Великата октомврийска революция за руската армия и до 9 септември 1944 година за българската армия е неговата раздвоеност. Военните лекари се занимавали само с ръководството на непосредствената лечебна дейност. Ръководството на евакуацията е било откъснато от дейността на медицинската служба и възложено на строевите офицери. Не се чувствувала необходимостта от единство в ръководството на мероприятията по медицинското осигуряване. Работата по медицинското осигуряване се е разсредоточила по много ведомства, което е изключвало възможността за стройно ръководство на силите и средствата на медицинската служба.

След Великата октомврийска революция в Съветската армия тази многоведомственост в ръководството на мероприятията на медицинската служба се ликвидирала и се възложило на военните лекари цялостното ръководство на работата по медицинското осигуряване. Това се обуславя и от провъзгласения принцип от великия руски хирург Пирогов, че на война решава не медицината, а администрацията (т. е. организацията). В нашата армия пълното обединяване на задачите по управление на дейността на медицинската служба в ръцете на специалистите, т. е. военните лекари, стана след 9 септември 1944 година в процеса на реорганизацията на военно-медицинската служба.

Както след освобождението на нашия народ от турско иго основите на военно-медицинската служба в българската армия бяха положени от взелите дейно участие в Освободителната война 1877—78 г. руски възпитаници: К. Бонев, С. Мирков, Б. Везняков и др., така и сега реорганизацията на нашата военно-медицинска служба се извърши под ръководството на др. д-р Петър Коларов — един от българските лекари, обучени в Съветския съюз и работили в системата на съветското здравеопазване, и от медици, участници в съпротивителното движение у нас.

На военния лекар започна да се гледа като на офицер-специалист, ръководещ и отговарящ цялостно за работата на медицинската служба в своя сектор. Издигна се авторитетът на военните медици и те почнаха високо да се ценят от нашата общественост. Независимо от голямото значение на подготовката на всеки лекар в областта на своята специалност към военните лекари се предявяват повишени изисквания. От тях се иска да бъдат опитни и пълноценни военни ръководители и работници по работата за медицинско осигуряване на войските. Ето защо всеки военен лекар трябва да има следните качества:

а) да има добра маркс-ленинска подготовка и да бъде подготвен във военно отношение така, че да се ориентира правилно в оперативно-тактическата обстановка; б) да знае добре основите на ОТС и да умее да прилага своите знания в различните условия на бойната обстановка; в) да е добре осведомен по всички отрасли на медицината и специално на военната медицина.

Гражданските лекари трябва своевременно да получат необходимата военно-медицинска подготовка, за да могат бързо, когато това се наложи, да добият и оформят изискуемите качества за работа на лекаря сред войските.

## ОСНОВИ НА УПРАВЛЕНИЕТО НА МЕДИЦИНСКАТА СЛУЖБА

Ръководството на дейността на медицинската служба се възлага на медицинските началници в частите, съединенията, обединенията и т. н. Медицинският началник е подчинен във всяко отношение на своя командир (за полка) или на началник тила (за по-горните звена). Същевременно медицинският началник по специална, медицинска линия се подчинява на висшестоящия медицински началник (ст. полковник лекар на дивизионния лекар) и ръководи по специалност работата на низшестоящите медицински началници (от ст. полковник лекар — командирите на медико-санитарните взводове). По този начин се получава т. нар. от някои двойна подчиненост на медицинските началници. Подчинеността по команден ред е основна и пълновластна, докато подчинеността по специалност се изразява в отдаване на разпореждания и отчитане работата на медицинската служба по специалните въпроси. При възникване на спорни въпроси те се решават от висшестоящото командване.

За разлика от медицинските началници на подразделенията, частите, съединенията и др., които имат тази двойна подчиненост, началниците на медико-санитарните части и учреждения имат само една подчиненост — на съответния медицински началник (командир на МСР е подчинен само на ст. полковник лекар, а командир на МСБ — на дивизионния лекар и т. н.).

Управлението на медицинската служба трябва да осигурява най-рационално и целесъобразно използване на силите и средствата на медицинската служба, което съставлява и неговата същност. Това налага разполагаемите сили и средства на медицинската служба непрекъснато да се насочват към точното изпълнение на задачите по медицинското осигуряване, отчитайки настъпилите промени в бойната и медицинската обстановка. Освен това изискване управлението трябва да се отличава с ясност, т. е. всяко разпореждане да се отдава така, че да няма двусмислие, определено да се разбира какво то задължава. Тези основни изисквания към управлението на медицинската служба — непрекъснатост и ясност (точност), се постигат чрез:

1. Постоянно следи от медицинския началник на бойната обстановка. За всеки бой медицинският началник трябва да е запознат с бойната задача, решението на командира и това на по-висшестоящия медицински началник за мед. осигуряване на предстоящия бой. Запознаване с решението на командира става в допустимите за това граници и с оглед необходимостта за организиране работата по медицинското осигуряване.

2. Вземане на правилно решение за медицинското осигуряване на предстоящия бой. Медицинският началник взема решение след подробно изучаване на обстановката и нейната щателна оценка.

3. Съефективно и ясно поставяне пред изпълнителите конкретните им задачи и организиране на постоянен контрол за изпълнение на отдадените разпореждания. Необходимо е да се оказва помощ на изпълнителите и организационно да се осигурява изпълнението на поставените пред тях задачи.

4. Наличност на постоянна връзка и взаимна информация между медицинския началник, останалите звена на медицинската служба и общовойсковото командване и щаба. Необходимо е да се обърне особено внимание на обстоятелството, че взаимодействието с други звена на медицинската служба, както и такова с други служби и щабове има голямо и важно значение за осъществяване задачите на медицинската служба.

5. Съефективно реагиране на измененията на бойната обстановка в хода на бойните действия.

Както се вижда, в системата на управлението на медицинската служба медицинският началник трябва да вземе решение по медицинското осигуряване във всеки конкретен случай и цялата му дейност — както при подготовката на боя, така и през време на същия, се насочва от това решение. Затова решението по медицинското осигуряване на бойните действия се определя като основа на управлението на медицинската служба. То определя организацията на лечебно-евакуационната и противоепидемична дейност. Медицинският началник взема своето решение преди всичко въз основа на бойната задача и решението на командира. Решението за медицинско осигуряване на бойните действия е специално решение за използване на силите и средствата на медицинската служба в интерес на изпълнението на решението на командира. Ето защо в решението на медицинския началник обикновено се включват обемът на медицинската помощ, разкриването на етапите на медицинската евакуация, разпределението на средствата за усилване, оставянето на сили и средства в резерв и маневърът с тях, организацията на медицинската евакуация и разпределението и използването на санитарния и празновръщания се транспорт на полвова, задачите и начинът за провеждане на медицинско разузнаване и специалните противоепидемични мероприятия, ползването с медико-санитарно имущество, организацията на свързката и управлението на медицинската служба. Трябва да се има предвид, че обемът и съдържанието на въпросите, които трябва да определи медицинският началник в своето решение, зависят от сложността и разнообразието на задачите на съответното звено на медицинската служба и размера на разполагаемите сили и средства.

## ВЗЕМАНЕ НА РЕШЕНИЕ ПО МЕДИЦИНСКОТО ОСИГУРЯВАНЕ

Войските получават бойна задача за всяко ново действие. За организиране и водене на боя всеки командир е длъжен да вземе решение. При вземането на решение командирът се подпомага от своя апарат.

В своя доклад медицинският началник трябва да изясни състоянието и възможностите на медицинската служба и да даде предложение за решение по основните въпроси на медицинското осигуряване.

За да вземе решение за медицинското осигуряване на предстоящия бой, медицинският началник трябва да знае: бойната задача и решението на командира, указанията за устройството на тила, данните за санитарно-епидемичното състояние на войските и районите, за разположението и действията им, състоянието на средствата на медицинската служба и указанията на висшестоящия медицински началник.

Медицинският началник може да вземе правилно и обосновано решение само след уясняване на задачата и щателна оценка на обстановката. Уясняването на задачата на медицинската служба започва с уясняване мястото и значението на задачата на частта и ролята на медицинската служба в изпълнението на тази задача. Правилното уясняване на задачата целенасочва оценката на обстановката. Преди да се пристъпи към оценка на обстановката, обикновено се извършва разчет на личното време. Този разчет дава възможност да се определи как ще бъде използвано разполагаемото време от момента на получаването на задачата до утвърждаване решението на медицинския началник.

Оценката на обстановката обхваща елементи на бойната и медицинската обстановка. Към общата бойна обстановка се отнасят данните за характера на бойните действия, устройството на тила и общите условия за работа на силите и средствата на медицинската служба. Към елементите на медицинската обстановка се отнасят данните за санитарно-епидемичното състояние на войските (наши и на противника) и районите за разположението и действието им, за наличните сили и средства на медицинската служба и тяхното състояние (дали съответствуват на очаквания обем на работа), за разположението на етапите на медицинската евакуация и за пътищата за евакуация. Оценката на отделните елементи на обстановката трябва да се извършва с оглед на най-добро прилагане на задачите, които стоят пред медицинската служба (затова уясняването на задачата предхожда оценката на обстановката), и да се обърща по-голямо внимание на тези елементи от обстановката, които непосредствено влияят на работата на медицинската служба в дадените конкретни условия. Едни и същи положения може да имат различно значение в летни и

зимни условия, в равнинна и планинска местност, в сухо и дъждовно време и пр.

Оценката на обстановката от медицинския началник обикновено се започва с оценка на противника, наши сили и местността. Противникът и нашите сили се оценяват от гледна точка на количественото съотношение, качеството на въоръжение, особено наличието на най-нови и разрушителни средства за поразяване, степен на подготовка за водене бойни действия, морално-политическо състояние и пр. В резултат на тази оценка и съпоставянето на влиянието на отделните фактори и условията на местността медицинският началник може да направи по-аргументирани изводи за размера на вероятните загуби в предстоящия бой.

Освен това местността се оценява от гледна точка на условията, които предоставя за разположение на етапите на медицинската евакуация и лечебните учреждения и за организиране на евакуацията (развитие и състояние на пътищата), като се обърща основно внимание на възможността за маскирано разположение на медицинските пунктове с максимално използване на пресечеността на терена. Освен това местността се оценява за възможностите за използване на местни средства и организиране медицинското осигуряване в хода на бойните действия.

След като направи изводи за вероятните загуби, медицинският началник си съставя необходимите разчети, с които ще обоснове и решението си. Разчети се правят за вероятните загуби, за транспортните средства за евакуация на ранените, за болничните легла, за хирургичните групи, за имуществото за бойното осигуряване, консервираната кръв и пр. В зависимост от звеното и неговото място в системата „етапно лечение с евакуация по назначение“ медицинският началник си служи с различни по вид, обем и форма разчети. Така напр. разчетът за вероятните загуби се съставя във всички звена от полк нагоре, но в армията е по-сложен, отколкото в частта и съединението.

Разчетът за вероятните загуби има много голямо значение, тъй като той се поставя в основата на всички други разчети и по него съдим за предстоящия обем на работата на медицинската служба. Този разчет се извършва въз основа на анализирани опита от миналите войни (а през време на войната и от предишните боеве), като за ръководство служат възприетите норми в проценти или определени размери на загуби за част, съединение и обединение, отчитайки различните степени на напрежението на боя. Не е издържано да се фиксират строго средни проценти за загубите на част и съединение в отбранителния и настъпателния бой и да се прилагат механично. Данните от досегашните бойни действия показват, че съществува голяма неравномерност в загубите, давани от отделни части и съединения в различни видове боеве, в различни условия за водене на бойните

действия и в различни моменти на бойните действия, като в някои случаи части и съединения при отбранителен бой могат да понесат равни и даже повече загуби, отколкото в настъпателния бой, макар в повечето случаи загубите от него да са по-големи. Правилен разчет на вероятните загуби може да се извърши само в резултат на основен анализ и оценка на конкретната обстановка, респективно противник, наши сили и местност, като се анализира благодарение на досегашния опит влиянието на отделните фактори за напрежението на боя. Установените норми трябва да се използват само като ръководство, но в никакъв случай не и като шаблон.

Разчетът за санитарните транспортни средства се основава на определянето броя на ранените и болните, които подлежат на транспортировка със съответно транспортно средство. Този брой се взема от разчета на вероятните загуби. След това се определя възможният брой рейсове в денонощие, който може да извърши едно транспортно средство, и знаейки неговия капацитет, се разчита колко ранени и болни може да превози в денонощие това транспортно средство. Разделяйки на подлежащия от ранените и болните брой за евакуация в определено звено с възможностите в едно денонощие на едно транспортно средство, ще намерим търсения брой на необходимите за евакуация в предстоящия бой санитарни транспортни средства. Трябва да се отчитат и възможностите за използване на празновръщащия се транспорт на подвоза за евакуация на ранените. Съпоставянето на нуждите с наличните средства ще ни даде осигуреността на евакуацията с транспорт. Разчетът за необходимите хирургични групи, болнични легла, медико-санитарно имущество, личен състав и пр. последва същата цел. Не ще се спираме подробно на тях.

Освен оценката на противник, наши сили и местност и съставяне на основните разчети медицинският началник оценява времето, устройството на тила, силите и средствата на медицинската служба. При оценката на времето се отчитат годишното време и метеорологичните условия, които поставят медицинската служба да работи при определени условия и налагат съответни изисквания. На разполагаемото време за подготовка на медицинските сили и средства се съставя съответен разчет.

Оценката на устройството на тила цели медицинското осигуряване да се организира в съответствие с него и да се използват предимствата на общата организация на тила.

Силите и средствата на медицинската служба се оценяват от гледна точка на тяхното състояние, възможности и достатъчност за изпълнение на предполагаемия обем на работата на медицинската служба.

Въз основа на изводите от уясняване на задачите и оценката на обстановката се правят обобщени изводи, които влизат в основата

на принципното или предварителното решение на медицинския началник.

След вземане на решение и след рекогносцировката на местността то се уточнява, развива се и се оформя в схема-план за медицинското осигуряване. Схемата-план по медицинското осигуряване се утвърждава по команден ред. Въз основа на нея се дават т. нар. частни разпореждания до изпълнителите. Поставянето на задачите на изпълнителите е най-добре да става при личен контакт с подчинените. За предоставяне на повече време за подготовка на етапите на медицинската евакуация и лечебните учреждения може някои задачи да се поставят на изпълнителите и преди утвърждаването на решението с т. нар. предварителни разпореждания.

Цялата дейност на началника на медицинската служба след поставяне задачи на изпълнителите трябва да бъде насочена към контрол и подпомагане подчинените сили и средства на медицинската служба в тяхното изпълнение.

В хода на боя правилното протичане на медицинското осигуряване се ръководи от медицинския началник, който непрекъснато следи работата на подчинените му сили и средства, дава допълнителни указания, взема спрочни мерки при неблагоприятно положение на някой сектор в работата и при резки промени в обстановката дава отделни частни разпореждания.

Медицинският началник следи развитието на бойните действия и протичането на медицинското осигуряване чрез личен контакт с щаба и подчинените му медицински звена, чрез различните донесения и пр. Същевременно той трябва да има възможност бързо да поставя задачите на намиращите се под негово ръководство органи и да използва всички средства на медицинската служба. Ето защо доброто управление на медицинската служба трябва да се опира на постоянно действаща връзка.

За връзка на медицинската служба може да служи както установената връзка от щабовете, така и изпращането на медицински работници с определени задачи. Широко се използва и постоянното движение на санитарно-транспортните средства по лечебно-евакуационната мрежа (шофьори, санитарни лица, леко ранени и пр.). Но като най-важен способ за връзка с подчинените си медицинският началник трябва да използва личния контакт, особено в най-важните моменти от организацията и протичането на медицинското осигуряване.

За доброто и качествено управление на медицинската служба от голямо значение е и щабната култура на медицинските началници и правилното оформяване и водене на военно-медицинската документация.



Както се вижда, от медицинския началник се иска гъвкавост и творчество за правилно организиране и ръководене силите и средствата на медицинската служба при осъществяване медицинското осигуряване на войските във всеки конкретен случай.

#### МАНЬОВЪР СЪС СИЛИТЕ И СРЕДСТВАТА НА МЕДИЦИНСКАТА СЛУЖБА

Силите и средствата, с които разполага медицинската служба във военно време, са разчетени за работа при средно напрегнат бой и при средни медицински загуби.

В зоната на бойните действия не всички части и съединения участват едновременно в боя, а участващите в боя понасят неравномерно бойни загуби. Войсковите части и съединения, които действуват в главното направление, понасят повече загуби, отколкото тези, които действуват във втория ешелон или в спомогателните направления.

Неравномерност съществува и в санитарно-епидемичното състояние на войските и в много други условия, които влияят на работата на медицинската служба. Това неравномерно разпределение на загубите по подразделения, части и съединения, както и по етапите на боя довежда до това, че за някои от тях загубите са по-големи от средните норми и силите и средствата на медицинската служба са недостатъчни за осъществяването на медицинското осигуряване. Налага се медицинският началник да предвижда и провежда мероприятия, с които да се постигне такова използване на разполагаемите сили и средства на медицинската служба, че да се осигури най-добро изпълнение на задачите, които стоят пред медицинската служба в изменящите се условия на обстановката. Тази дейност на медицинския началник, чрез която силите и средствата на медицинската служба се използват най-добре в хода на боя, наричаме маньовър с медицинските сили и средства.

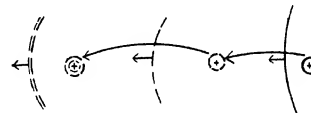
При организация на медицинското осигуряване маньовърът се изразява със съответно разпределение на силите и средствата на медицинската служба и начертане начина за тяхното използване. Начертаният маньовър се провежда в хода на боя и се извършват всички необходими мероприятия, произтичащи от конкретните условия на обстановката, за изпълнение на задачите по медицинското осигуряване.

В зависимост от това, с какви сили и средства на медицинската служба се осъществява маньовърът, различаваме маньовър с лечебни учреждения, личен състав, санитарен транспорт, медико-санитарно имущество и пр.

Маньовърът със силите и средствата на медицинската служба бива два основни вида: маньовър на придвижване и маньовър на използване.

Маньовърът на придвижване с лечебните учреждения включва следните основни форми:

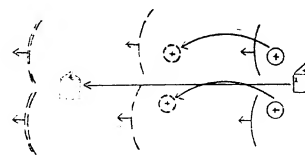
1. Скок. Най-често прилаган маньовър, който се състои в това, че определен етап на медицинската евакуация, след като е рабо-



Фиг. 4. Маньовър на преместване на ДМЛ чрез скок

тил известно време на едно място и от условията на бойната и медицинска обстановка се налага да се премести на ново предварително избрано място, то целият етап на медицинската евакуация едновременно се премества на новото място. За да може да се извърши маньовърът чрез скок, необходимо е ранените предварително да се евакуират или на място да се предадат на друго медицинско учреждение.

2. Прескок. Той може да се приложи, когато в едно евакуационно направление работят две или повече приблизително равностойни медицински учреждения. Този вид маньовър се извършва, ко-



Фиг. 5. Маньовър на прескок

гато медицинското учреждение, което осигурява войските, се е отдалечило и евакуацията на ранените е затруднена, а второто медицинско учреждение се изнася напред пред него. Първото учреждение продължава работата на старото място до обслужване на ранените и евакуирането им, след което се изнася пред второто, прескача го и т. н.

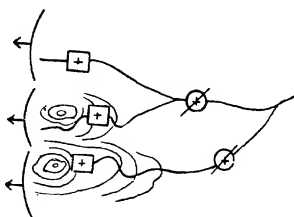
3. Делене. Този вид манювър се прилага под формата на ешелонирано преместване на медицинското учреждение. Когато се наложи медицинското учреждение да се премести, за да може да следва войските, и няма възможност да се приложи друг вид манювър, то



Фиг. 6. Манювър на делене

учреждението се разделя на два ешелона, като единият се премества, следвайки войските, а другият ешелон довършва работата, след което се изнася напред и се присъединява към първия ешелон или пък го „прескача“. Манювърът на делене, когато се налага прилагането му, намалява чувствително обема на медицинската помощ на медицинските пунктове и отделните учреждения. Той е по-удобен за етапите на медицинската евакуация, които се състоят от повече учреждения (например ЧОПЕП).

4. Разсредоточение. То е разновидност на манювъра на



Фиг. 7. Манювър на разсредоточаване

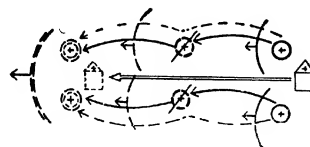
делене, като медицинското учреждение се разделя по фронта. Този вид манювър намалява извънредно много обема на медицинската помощ и създава условия за многоетапност при лечебно-евакуационното осигуряване. Използва се рядко при обикновени теренни условия, но в планинско-гориста местност се използва често.

5. Заместване. Към изброените видове манювър може да се отнесе и манювърът на заместване. При него, когато едно меди-

цинско учреждение трябва да се премести на ново място, се изпраща друго медицинско учреждение, което напълно или частично поема неговите функции.

Манювърът на използване лечебните учреждения включва следните най-чести форми:

1. Групиране. Прилага се при действието на части и съединения на тесен фронт. Например няколко ДМП работят близо едно



Фиг. 8. Манювър на заместване

до друго и се организира обединяване на тяхната работа, като ранените се разпределят равномерно по тях. В тези случаи се организират така наречените войскови разпределителни постове (ВРП). Най-леко ранените, подлежащи за оставане в командата на оздравяващите (КО), се насочват по-правилно към своя ДМП, а за останалите се води отчет, от кои части и съединения са постъпили, за да бъдат информирани за техните загуби.

2. Превключване на потока на евакуацията от едно учреждение към друго. Прилагат се, когато едно медицинско учреждение се претрупва с ранени.

3. Манювър с вместимостта (капацитета) на лечебните учреждения. Това се прави, когато се очаква голям брой ранени и се налага медицинските учреждения да се разгънат с максималните си възможности, като използват не само своите щатни средства, но и всички местни ресурси за приемане повече ранени, отколкото им се полага.

4. Манювър с обема на медицинската помощ. Изразява се в разширяване или съкращаване на лечебните мероприятия, характерни за всеки етап на медицинската евакуация, в зависимост от изискванията на бойната и медицинската обстановка.

Манювърът със санитарно-транспортните средства има също така много голямо значение, както и манювърът с лечебните учреждения. И при него имат приложение двата основни вида манювър: манювър на придвижване и манювър на използване. Първият вид се изразява в съсредоточаване на санитарно-

транспортните средства на най-важните направления, за да се осигури своевременно доставяне на главната част от ранени в предвидените срокове. Разпределението на санитарно-транспортните средства и маньовърът с тях в хода на боя са тясно свързани с маньовъра с еталите на медицинската евакуация; тяхното приближаване към войските изисква по-малко санитарно-транспортни средства за евакуация на ранените и обратно. Маньовърът на използване санитарно-транспортните средства се изразява в използването за евакуация на ранените и болните вид транспорт, несвойствен за определеното звено на медицинската евакуация.

Маньовърът с личния състав на медицинската служба се прилага почти винаги от медицинската служба при медицинското осигуряване на бойните действия на войските. Най-проста форма на маньовъра с личния състав е усиляването на ПМП и ДМП. Към маньовъра с кадрите се отнася и придаването на специалисти (неврохирурги, челюстно-лицеви хирурги и пр.) от отделната рота за медицинско усиление на полевите подвижни болници, които по този начин променят нейния профил и се подготвят за даване специализирана медицинска помощ.

Маньовърът с медико-санитарното имущество има съществено значение за медицинското осигуряване. Най-често медико-санитарното имущество се струпува там, където се очакват най-големи загуби, т. е. в направленията на главния удар на нашите войски или в очакваното главно направление на удара на противника.

За бързото и резултатно провеждане на един или друг вид и форми маньовър в хода на бойните действия от голямо значение е наличието на определен резерв от сили и средства на медицинската служба в разположение на съответния медицински началник.

Какъв вид маньовър е необходимо да се проведе, във всеки случай зависи от конкретната бойна и медицинска обстановка, от силите и средствата, с които се разполага, и пр. Независимо от вида маньовър, който провежда един медицински началник, той трябва да се стреми към едно — своевременно приложение на задачите по медицинското осигуряване бойните действия на войските.

## СПЕЦИАЛНА ЧАСТ

### Глава IX

#### ОСНОВНИ ПОЛОЖЕНИЯ ПО МЕДИЦИНСКОТО ОСИГУРЯВАНЕ НА ОТБРАНИТЕЛНИЯ И НАСТЪПАТЕЛНИЯ БОЙ

##### МЕДИЦИНСКО ОСИГУРЯВАНЕ НА ОТБРАНИТЕЛНИЯ БОЙ

Отбраната е една от основните форми на въоръжена борба, при която войските, използвайки условията на местността, инженерното й усиление и силата на съвременния огън, могат да задържат заемащите позиции при превъзхождащи ги сили на противника, за да нанесат значителни загуби в жива сила и техника и да спрат неговото настъпление. Отбраната е временно положение за воюващите войски и сама по себе си тя не е в състояние да доведе до победа. Само решителното настъпление е в състояние да осигури на войските пълното разбиране, унищожаване или пленяване на противника и да доведе войната до победен край. Отбраната е необходима предпоставка и често пъти условие за подготовката на настъплението, затова тя е временно явление и се обръща в настъпление или в контранастъпление. Крайната цел на всяка отбрана е преминаването към настъпление.

Към отбрана може да се премине: когато е невъзможно или нецелесъобразно да се настъпи, когато отбраната е съставен елемент на настъплението, т. е. подготовка към настъпление, когато има достатъчно сили и средства, но командването счита за нецелесъобразно в момента да се настъпи и когато е необходима продължителна подготовка на предстоящото настъпление.

В отбрана войските преминават чрез два способа: а) отбранителен, който има основна цел да отрази настъплението на противника на предварително подготвено място, и б) настъпателен — когато отбраняващият се чрез контраатаки и контраудари спира настъплението на противника, нанасяйки му загуби в жива сила и техника.

Отбраната не трябва да се схваща като пасивно очакване на удара на противника, а обратно — активно очакване удара на противника, отразяването или ликвидирането на този удар, максимално

разстройство и поражение на настъпващия противник и изменение на съотношението на силите в полза на отбраняващия се.

В зависимост от подготовеността на войските и обзавеждането на местността за отбрана различаваме:

1. Отбрана, подготвена в условията на ограничено време, наречена „ускорена“ или полева отбрана.

2. Полева отбрана — силно укрепена, когато местността е подготвена и предварително обзаведена със средствата на полската фортификация.

3. Отбрана дълговременна (укрепен район) — когато мястото е подготвено и предварително обзаведено със средствата на дълговременната фортификация.

От трите вида отбрана най-често се прилага полската отбрана. Тя се използва примерно, когато в хода на настъплението стане необходимо да се отбавят контраатаките или контранастъплението на противника, при закрепването на заетия рубеж, при неуспешен срещен бой и др.

Най-често към отбрана се преминава, когато времето е ограничено, и естествено при такова положение войските заемат онова място, до което са достигнали, без да са извършили предварителна подготовка. Разбира се, че при успешно преминаване към ускорена полева отбрана и при достатъчно време бързо се преминава към полева силно укрепена отбрана.

Когато има възможност за добра организация на отбраната, то тя обикновено се състои от следните елементи:

1. Полоса за осигуряване (предполіе), създадена с цел да задържи придвижването на противника към главната отбранителна полоса. Тя се намира на 10—15 км пред главната отбранителна полоса.

2. Позиция на бойното охранение, разположено на 1—2 км от предния край на главната полоса. Тя има за задача да предпази от внезапно противниково нападение, да заблуждава противника по отношение на действителното очертание на предния край на главната отбранителна полоса.

3. Главна отбранителна полоса — създава се с цел да се спре атаката на противника и неговото по-нататъшно придвижване, да му се нанесе поражение и да се принуди да се откаже от по-нататъшното си настъпление. Тази полоса трябва да бъде най-силно укрепена и на нея да се разположат основните сили и средства на отбраняващите се войски.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> По А. С. Георгиевски.

### МЕДИЦИНСКО ОСИГУРЯВАНЕ НА ОТБРАНАТА

Организацията на лечебно-евакуационното осигуряване на отбраната зависи от характерните особености на отбраната. Медицинското осигуряване на позиционната отбрана коренно се различава от това на маневрената. Същото се отнася и за медицинското осигуряване на отбраната при полеви условия, при силно укрепена отбрана и пр.

За организацията на медицинското осигуряване на отбраната особено влияние оказва местността, самият характер на отбраната, степента на развитие на траншейната система и пр.

При организацията на медицинското осигуряване на позиционната отбрана, която се характеризира с по-продължителното престояване на войските на едно място, от съществено значение е, до каква степен е активен противникът. Когато в определен участък противникът води настъпателни боеве с голямо напрежение и нашите войски напрегат всички си сили и средства, за да отблъснат неговите атаки, то медицинските загуби могат да бъдат много големи, а задачите на медицинската служба много сложни. В периодите на затишие или слаба активност на противника загубите са малко и работата на медицинската служба е спокойна.

Обикновено при позиционна отбрана и при по-слаба активност от страна на противника има относително стабилно разположение на етапите на медицинската евакуация, което дава възможност за правилна организация на издирването и изнасянето на ранените, тяжната по-нататъшна евакуация и добра връзка между отделните етапи. Продължителното престояване на войските в определен район дава възможност на медицинската служба детайлно да разузнае местността и да използва удобствата ѝ. Това дава възможност за по-правка на пътища и мостове, за поставяне на знаци, насочващи санитарния транспорт и ходещите ранени към мястото на санитарен пункт.

Етапите на медицинската евакуация имат възможност да оказват медицинска помощ в пълен обем. Много често към основните подразделения на пунктовете има възможност за организирането и на допълнителни такива, в които се задържат на лечение леко ранени и болни. В тия условия медицинската служба се насочва към лечение на болните, когато поради липса на противопоказания те могат да се задържат на лечение в предните етапи. Освен това основните усилия на медицинската служба се насочват към профилактичните и противо-епидемичните мероприятия. При по-продължително престояване в тия условия на бойците трябва постоянно да се подобряват. Укрепителните съоръжения се подобряват, организацията на храненето и

<sup>2</sup> Организация и тактика на медицинската служба

водоснабдяването е по-добра и бойците имат възможност да получават редовно топла храна.

Но продължителното престояване на бойците на едно място има и своите отрицателни страни. Това са замърсяването на почвата, където са разположени бойците, неизбежното струпване на много хора на едно място в блиндажите и землянките, особено през зимата, което води до разпространяването на паразити и кожни заболявания. Особени грижи трябва да се положат за отходните места, тъй като и най-малкото отклонение на вниманието от тях може да доведе до избухването на епидемии.

При активни бойни действия от страна на противника медицинските загуби нарастват значително и често пъти превишават по брой при настъплението. Настъпващият противник обикновено превишава отбраняващите се три пъти, а това от своя страна води до увеличаване на плътността на огъня, което пък води до повишаване на загубите, затрудняване издирването и изнасянето на ранените от бойното поле. Голямата плътност на противниковия огън затруднява и разгъването на предните етапи на медицинската евакуация, особено на батальонния медицински пункт.

Господството на противника във въздуха също така затруднява по-нататъшното извозване на ранените и болните, от една страна, а от друга — разгъването на етапите, като ги принуждава да се разгъват далеч от основните пътища, контролирани от авиацията на противника, във от населените пунктове, а в съвременните условия и възможности за употреба на атомно оръжие трябва да се устроят дълбоко под земята.

По данни от нееднократното изследване на бойните травми в отбранителния бой е доказано, че тези наранявания имат по-тежък характер, отколкото нараняванията в настъпателните боеве. Това се обяснява с факта, че преобладават нараняванията от артилерийски и минни парчета, които в сравнение с куршумените са много по-тежки.

При подготовката на отбраната по правило медицинският началник провежда медицинско разузнаване. В това разузнаване той определя местността за укриването на ранените в ротните райони ("гнезда за ранени"), мястото за разкриване на съответния етап на медицинската евакуация, най-добрите и най-безопасните пътища за евакуацията на ранените, поставянето на знаци по тях и пр.

В траншейната система трябва да се правят различни подобрения за улесненото изнасяне на ранените, разширяват се завоите, устройват се спускатели, стълбици, мостове и др. Съобщителните ходове се изкопават достатъчно дълбоки, за да могат санитарите-носачи да ходят в тях изправени.

При позиционната отбрана трябва да се обърне внимание на медицинското осигуряване на действащите в полосата за осигуряване или в бойно охранение войски.

Медицинското осигуряване на войските, действащи в полосата за осигуряване, се организира от дивизионния лекар. Подразделенията на бойното охранение се усилят по разпореждане на старшия полковник лекар.

Във взвода, заел позиция за бойно охранение, обикновено се изпращат санитарни, санитарен инструктор и санитарно-носачи. При необходимост при него се изпраща и санитарен транспорт за извозването на ранените.

Етапите на медицинската евакуация във войсковия район в условията на позиционната отбрана обикновено се разгъват на по-големи разстояния, отколкото при настъпателния бой от фронтовата линия. При силна активност от страна на противника и неустойчивост на отбраната, при открита местност отдалечаването става на разстояние повече от пределното.

Условията за евакуация при отбраната обикновено са благоприятни, което дава възможност за издирването на етапите по-назад за спокойна работа. Не са редки случаите, когато евакуацията се усложнява поради прекъсването на евакуационните пътища поради силното огнено въздействие на противника или неговото вклиняване. В такива случаи рядко евакуацията се осъществява към съседни полкове или дивизии.

Обемът на медицинската помощ в условията на малка активност на противника е пълен, но когато неговата активност е много голяма и медицинските загуби са големи, то обикновено обемът на медицинската помощ е съкратен.

#### МЕДИЦИНСКО ОСИГУРЯВАНЕ ПРИ МАНЕВРЕНА ОТБРАНА

Подвижният характер на маневрената отбрана поставя редица тежки условия за работата на медицинската служба. Основната задача на медицинската служба в този вид бой е изнасянето на ранените и тяхната ускорена евакуация. Кратковременното престояване на етапите на медицинската евакуация на едно място не им дава възможност за пълно разгръщане и използване на силите и затова обемът на медицинската помощ е обикновено съкратен, понякога — минимален. Етапите обикновено са максимално отдалечени от бойния ред, като винаги имат готовност да работят в обкръжение. При това отдалечаване от бойния ред винаги съществува опасността от откъсване на етапите от войските.

При маневрената отбрана особено много е затруднено издирването и изнасянето на ранените, особено изнасянето от ротните райони. Изнасянето на ранените в условията на маневрената отбрана е

задължение не само на медицинската служба, а и основна задача на ротните командири. Не бива определено място да се отстъпи на противника, докато не се изнесат от него всички ранени. Ротният командир е длъжен да отдели в помощ на санитарите-носачи спомогателни носачи. А за извозването на ранените се използват не само санитарно-транспортните средства, а целият наличен транспорт в поделението, като нерядко се прибегва до използването на транспорт от местното население.

За осигуряване на непрекъснатост на медицинската помощ етапите на медицинската евакуация се преместват от рубеж на рубеж. Така например дивизионният медицински пункт, докато една част от него, състояща се от най-тежкото и голямо имущество, се отправя с част от личния състав на ново място, то известна част от силите и средствата остават на старото място и продължават да работят, докато заминалата част не започне да приема ранените при себе си.

По правило болничната база на армията разгъва само ограничен брой подвижни полени учреждения. Първата специализирана медицинска помощ нерядко се дава едва във фронтовата болнична база, а не в армейската. Една от разновидностите на маневрената отбрана е отходът, който е един вид манювър, провеждан в такива случаи, когато само чрез временното загубване на територия е възможно да се измени неблагоприятната обстановка. Най-често отходът се провежда с цел да се изведат войските от ударите на противника и да се поставят в най-изгоден положение за понататъшното водене на боя. В други случаи отходът може да се проведе за заемането на най-удобни рубежи за отбрана, за съкращаване на линията на фронта и пр.

Отходът има за задача да запази силите за сметка на загуба на територии, като от опразнената територия трябва да се евакуира всичко, което би могло да ползува противника, в това число на първо място за войските стои евакуацията на ранените и болните. Отходът се прави на дълбочина поне във отбеса на противниковата артилерия.

При организирането на отхода на първо място се осигурява излизането на войските от боя, като за прикриването на отхода се оставят ариергардни части, които заемат основните пътища и командните височини за задържането на противника. Организацията на медицинското осигуряване на отхода е една от най-сложните и трудни задачи на медицинската служба.

Медицинската служба трябва да осигури изнасянето на всички ранени и болни от ротните райони и да организира оказването им на съответна медицинска помощ. Медицинската служба е длъжна своевременно да организира евакуацията на ранените и болните, а също така да изведе от ударите на противника етапите на медицинската евакуация.

За своевременното осигуряване на изнасянето на ранените от ротните райони санитарното отделение се усилва със спомогателни санитарии-носачи от бойците на ротата. В поделенията, прикриващи отхода на войските, за изнасянето на ранените имат грижата всички строени командири и бойци. За да не се пропусне някой ранен боец да остане на бойното поле, санитарят на ротата напуска последен бойното поле, а санитарният инструктор напуска с последната прикриваща група, като организира изнасянето на ранените със силите на отходящата група.

Ранените от ротата се изнасят предварително в определено място, където медико-санитарният взвод на батальона е придвижил транспорт за евакуацията им. Медико-санитарният взвод по правило дава медицинска помощ „в движение“, както и при настъплението. За да се ускори евакуацията на ранените и болните, широко се използва освен санитарния транспорт и празновръщаният се такъв и транспортът на местното население. В медико-санитарния взвод на ариергардния батальон работи обикновено лекар, изпратен от състава на полка, който дава първата лекарска помощ. В началото на отхода полковият медицински пункт се изнася с първи ешелон на тилните подразделения. Той се разгъва на промеждутъчни рубежи в тила.

При отход медико-санитарният батальон на дивизията най-напред изнася по-тежкото си имущество на промеждутъчни рубежи, а останалите подразделения се задържат до евакуацията на всички ранени в тила и после се присъединяват към основните сили на медико-санитарния батальон.

Правилното лечебно-евакуационно осигуряване на отхода се осигурява при доброто познаване на обстановката, плана на боя, времето на отхода, предните рубежи и знаенето на следващите тактика. Във връзка с това началникът на медицинската служба е длъжен особено здраво да поддържа връзката с щаба, да следи внимателно за всички изменения на обстановката, а така също да следи за здравата връзка с медицинските служби на подчинените, за да може своевременно да дава указание за работата.

Опитът на Великата отечествена война на СССР ни учи, че при добра организираност и знание на медицинската обстановка медицинската служба се справя успешно с медицинското осигуряване на отхода, като не позволява нито един ранен боец да остане в ръцете на противника.

#### МЕДИЦИНСКО ОСИГУРЯВАНЕ НА НАСТЪПАТЕЛНИЯ БОЙ

Настъплението е един от основните начини за водене на бойни действия на войските, който начин се изразява в движение напред на всички сили и средства, съчетано с удар и огън, с цел да се разбие,

плени или унищожи противникът. За да се премине в настъпление, необходимо е да се създаде превъзходство над противника в сили и средства, особено в главното направление на удара. По този начин, овладявайки инициативата на действие, настъпващите войски принуждават противника да се оттегли, като изходът на боя трябва да завърши с унищожаването му.

Настъпателният бой може да се развие срещу противник, набързо преминал към отбрана или прилагаш маневрена отбрана. Разновидност на маневрената отбрана е, когато противникът е дезорганизиран в миналите боеве и не е успял своевременно да заеме предварително укрепена позиция. В такива случаи правилно е веднага да се премине в настъпление за пробиване позициите на противника и неговото пълно унищожаване.

Настъплението може да се развие срещу противник, предварително подготвил отбраната в полски условия.

Най-тежко се води настъпление срещу противник, заел укрепен район или позиция. В такива случаи настъплението се води по метода на последователното овладяване на опорните пунктове и пробиване на укрепената полоса.

Във всички случаи на настъпателен бой той може да се води при условията на непосредствено съприкосновение с противника или без съприкосновение. Във втория случай е необходимо да се подходи към отбраната на противника, като се преодолее полосата на осигуряване.

За да се премине в настъпление, войските заемат изходен район за настъпление. Изходният район (рубеж) трябва да се заема бързо и скрито от противника, особено в съвременната война, когато се прилагат средствата за масово унищожение, като атомното оръжие и др. В изходно положение войските трябва да престоят поне един светъл ден за правилна ориентировка на местността, а тилските части и учреждения се доближават максимално до бойния ред на войските, които съсредоточават основните си усилия по направление на главния удар. Приближаването на тилските учреждения до бойния ред се извършва с цел да могат по-дълго време да работят на едно място, без да съществува опасност още в първите моменти на започването на настъплението да се откъснат от бойния ред. През време на развитието се вече настъпление тилските части и учреждения следват войските и бързо се разгръщат в нови райони.

При настъплението медицинската служба осъществява своите задачи по медицинското осигуряване при условията, които произтичат от самия характер на настъпателния бой. Налага се медицинската служба да работи при непрекъснато придвижване на бойния ред и при разсейването на ранените както по ширина на фронта, така и по етапи на боя. Съсредоточаването на голямо количество войски и

бойна техника на тесен участък от фронта увеличава вероятността за понасянето на по-голям брой загуби. Медицинската служба трябва да осигури с медицинска помощ тия големи загуби при своето непрекъснато движение. Местността, в която медицинската служба ще осъществява своите задачи, е непозната, поради това че е била в ръцете на противника, а това може да доведе до различни санитарно-епидемични неблагоприятия, разрушаване на пътища, трудности при разкриване на етапите и др.

За да може медицинската служба да изпълни поставените ѝ задачи по медицинското осигуряване, необходимо е още в подготвителния период добре да се обмислят и организират всички мероприятия. В изходно положение за настъпление медицинските пунктове се разгръщат напълно или частично в зависимост от конкретната бойна обстановка на максимално близко разстояние от бойния ред на войските с оглед да могат да оказват по-дълго време медицинска помощ на едно място. Набелязват се и местата на бъдещите премествания на пунктовете. Попълват се медицинските подразделения с медицинско-санитарно имущество и личен състав. Част от медицинските сили и средства се разпределят и се придават на подчинените медицински служби за усиление, като се оставя задължително достатъчно резерв в разпореждане на медицинския началник, с който при необходимост да провежда маневър.

При организацията на медицинското осигуряване на частите и подразделенията, които са в авангард, те задължително се усилят с медицински сили и средства. Същото се отнася и до подразделенията, които имат да изпълняват самостоятелни задачи.

В периода на подготовка на настъплението началникът на медицинската служба провежда медицинско разузнаване и използвайки всички достъпни средства, се стреми да разузнае или получи сведения за санитарно-епидемичното състояние на противника и на района на бойните действия. В същото време началниците на медицинските пунктове разузнават местата за разгръщане на медицинските пунктове, както и пътищата за евакуация.

В настъпателния бой особено значение имат противоепидемичните мероприятия. Необходимо е правилното инструктиране на личния състав за вземане на необходимите противоепидемични мерки и да се дадат указания на строевите командири и на личния състав на подразделенията и частите за задължителните мерки, които трябва да се вземат за предпазването на войските от епидемии.

Преди започването на боя бойците се снабдяват с вода и индивидуални средства за дезинфекция на водата (пантоцит, хлорина и др.). Забранява се употребата на вода и хранителни продукти, както и друго имущество, намерено на територията, заема на от против-



ника. Забранява се контакт на нашите бойци с пленници и с местното население.

В подготовителния период медицинските служби трябва да се освободят от всичко излишно и ограничаващо тяхната подвижност. Ако в пунктовете има ранени или болни, то те се евакуират в тила. Санитарно-транспортните средства предварително се разпределят и изпращат към съответните медицински пунктове. Групирането на силите и средствата на медицинската служба трябва да бъде такова, че основните усилия да бъдат съсредоточени в направлението на главния удар на настъпващите войски.

През време на боя на ранените се оказва първа медицинска помощ и се групират по определени направления, откъдето се евакуират. Най-често медико-санитарните взводове на батальоните оказват лекарската медицинска помощ във време на движение — от рубеж на рубеж, като се стремят да не изоставят ст своите батальони.

Обемът на медицинската помощ в настъпателните боеве най-често е съкратен. На ранените и болните се оказва медицинска помощ в етапите на медицинската евакуация и бързо се евакуират, за да могат медицинските пунктове своевременно да се освободят от ранените: да се придвижват напред.

Преместването на медицинските пунктове при настъплението е затруднено, поради това че едновременно с оказването на медицинската помощ трябва да се осъществява и придвижването на медицинския пункт. Това налага понякога медицинските пунктове да се преместват пошешелно, като най-напред се изнася приемно-сортировъчното отделение, а превъзочното остава на старото място за довършване работата по оказване на медицинска помощ, след което и то се премества. Последно се премества евакуационното отделение, след като е евакуирало всички ранени и болни. Такова преместване на пунктовете естествено улеснява тяхното своевременно придвижване напред, но намалява обема на медицинската помощ. Този начин за преместване не може да се осъществи от батальонния медицински пункт, нито от полковия, тъй като силите и средствата им са много малко, за да могат да ги разделят.

Най-удобно е преместването на пункта да става едновременно и изцяло, а понякога могат да се използват съседни медицински пунктове или медицинските пунктове на припадните части, като по този начин евакуацията не се прекъсва, а при преместването не се налага разделянето на пункта. При преместването може да се използва и формата на заместване, като по-висшестоящият медицински пункт идва на мястото на по-низшестоящия и взема при себе си ранените, като освобождава от тях съответния пункт. Когато преместването се налага да се извърши без използването на друг медицински пункт, евакуацията трябва да бъде прекъсната, ранените се спират

на новото място, на което ще дойде пунктът, а пунктът довършва своята работа на старото място и се премества.

Действайки на територия, заемаща доскоро от противника, всички звена на медицинската служба трябва да провеждат непрекъснато медицинско разузнаване, като за всяко забелязано неблагоприятно изменение донасят веднага на по-старшия медицински началник. Това важи особено за предните звена на медицинската служба, които първи ще се срещнат със санитарно-епидемичните неблагоприятия на освободената от противника територия.

За непрекъснатостта на провежданите мероприятия през време на боя в дълбочина в противниковата отбрана необходимо е да се поддържа непрекъсната връзка. Организацията на връзките се провежда още при организирането на медицинското осигуряване. През време на боя връзката се осъществява чрез леко ранените, водачите на санитарно-транспортните средства, специалните куриери или с общоармейските свързочни средства. Само поддържането на редовна непрекъсната връзка на медицинския началник с подчинените медицински служби може да осигури правилното медицинско осигуряване на настъпателния бой.

При настъпателния бой началникът на медицинската служба се намира най-често на командно-наблюдателния пункт на командира на частта или поделението, откъдето може да следи най-добре развитието на боя и медицинското осигуряване на войските и може при необходимост съответно да реагира на променената бойна и медицинска обстановка.

При провеждането на настъпление в специални условия (гористоплавинска местност, форсиране на река, населен пункт и пр.) организацията на медицинското осигуряване се осъществява при съобразяване с особеностите, които притичат от тези условия.

Динамичността при провеждането на съвременните настъпателни боеве, масовото включване в тях на сили и средства изискват от медицинската служба максимално напътяване на силите и средствата за правилното и навременното осигуряване на войските. Началниците на медицинските служби трябва детайлно да разработят своите решения и да предвидят всички възможни маневри за използването на силите и средствата на медицинската служба, тъй като след започването на боя много трудно може да се правят промени.

## Глава X

## МЕДИЦИНСКО ОСИГУРЯВАНЕ НА СТРЕЛКОВАТА РОТА

Стрелковата рота е тактическо подразделение на стрелковия полк, която е обособена като цялостна тактическа единица. Ротата е подразделение на стрелковия батальон, като броят на ротите, влизащи в състава на батальона, е различен, но средно те са три. Бойната дейност на ротата е много разнообразна.

СЪСТАВ, ЗАДАЧИ И СТЪКМЯВАНЕ  
НА САНИТАРНОТО ОТДЕЛЕНИЕ НА РОТАТА

Медицинското осигуряване на стрелковата рота се осъществява със силите и средствата на санитарното отделение на ротата, което отделение има следния състав: командир на отделението — санитарен инструктор, и няколко санитарни. Командирът на отделението е подчинен непосредствено на командира на ротата, а по специалността си е подчинен на командира на медико-санитарния взвод на батальона.

Към штатния състав на санитарното отделение на ротата, когато това е необходимо, командирът на ротата може да приладе спомогателни санитарни, които подпомагат санитарното отделение в изпълнение на неговите задачи и се намират под ръководството на командира на отделението.

През време на боя санитарното отделение има следните задачи:

1. Да окаже първа медицинска помощ на ранените на бойното поле.
2. Да направлява ранените, които са в състояние самостоятелно да се пригивжат, към батальонния медицински пункт или поста на санитарния транспорт.
3. Да защити тежко ранените, които не са в състояние сами да се укрят или придвижат, като ги укрят за запазване от неблагоприятни външни въздействия или от вторични наранявания.
4. Да обозначи местата, където са укрити тежко ранените, за да могат санитарите-носачи да ги намерят.
5. Да провежда непрекъснатото санитарно разузнаване в района на бойните действия на ротата.

6. Да провежда мероприятия по защитата на бойците от инфекциозните заболявания.

7. Да снабдява личния състав на ротата със средства за само- и взаимопомощ.

8. Да провежда санитарна просвета сред личния състав на ротата.

В периодите на затишие и на почивка санитарното отделение на ротата оказва първа медицинска помощ при заболяване или несчастни случаи, но основна негова работа в тия периоди е да провежда мероприятия по защитата на бойците от инфекциозни заболявания. Командирът на отделението използва това време за обучаването на ротните и допълнителните санитарни в прийоми за даване на първа медицинска помощ на ранените и способите за укриването им.

## ЗАДАЧИ НА КОМАНДИРА НА САНИТАРНОТО ОТДЕЛЕНИЕ

Преди започването на боя командирът на отделението трябва добре да се запознае със задачите на ротата, мястото на командния пункт, ротния пункт за боеприпаси, мястото на батальонния медицински пункт и часа, когато ще се разкрие, мястото на поста на санитарния транспорт и полковия медицински пункт. Той трябва старателно да изучи мястото, където ще се води боят, като потърси скрити пътища и подстъпи за изнасянето на ранените, удобни места за „гнезда на ранените“, да даде указания за реда на работата на санитарите и санитарите-носачи, да установи сигналите за зрителна и слухова връзка, да провери дали санитарите са комплектувани с необходимото им имущество, а така също дали личният състав на ротата има средства за даване самопомощ и взаимопомощ.

През време на боя командирът на санитарното отделение се намира непрекъснато в ротата си, избира такова място, от което най-добре ще наблюдава хода на боя, следи за работата на санитарите и ги подпомага с непосредственото си ръководство и участие, организира бързото изнасяне на ранените от „гнездата“, поддържа непрекъснатата връзка с командира на ротата и командира на медико-санитарния взвод, на който докладва за броя на ранените и убитите санитарни, и взема мерки за своевременното попълване на изразходваното имущество.

В хода на боя командирът на санитарното отделение донася на командира на ротата за броя на ранените и подлежащите на изнасяне бойци, при загуба в личния състав на отделението за необходимостта от санитарно разузнаване и за потегляне на отнеми точки на противника, а при завършване на боя — за общия брой на ранените.

Командирът на санитарното отделение трябва да бъде самоинициативен в организирането на първата медицинска помощ на бой-

ното поле, изваждането, изнасянето и извозването на ранените, в използването на подръчните средства за примитивна имобилизация и евакуация и е длъжен да умее правилно и бързо да се ориентира във военната обстановка на ротата и в условията на местността. Командирът на отделението има длъжност санитарен инструктор и се взема за назначаване от сержантския състав.

За да може санитарният инструктор да окаже първа медицинска помощ на ранените, необходимо е той да разполага със съответно имущество. Всичко онова, което му е необходимо, той носи в санитарно-инструкторската чанта. В нея има стерилни превръзочни пакети, бинтове, триъгълни кърпи, турникети, накладни шини и инструменти.

#### РЕДЪТ НА РАБОТА НА РОТНИТЕ САНИТАРИ

Ротните санитарни са от редовния състав на медицинската служба. В условията на съвременната война изисканията към санитаря независимо от мястото на неговата работа са много големи. Той трябва да познава до съвършенство повереното му снаряжение (носачески колан, турникети, медикаменти, лопатка и др.), да оценява правилно местността и да избира най-удобните места за укриването на ранените, да води непрекъснато наблюдение на бойното поле, а когато падне ранен боец, да умее скрито да се приближи към него, да му даде първа медицинска помощ, и то много често при най-неблагоприятни условия, а след даването на първата медицинска помощ да извлече ранения по различните начини към укриване, за да го запази от вторични наранявания и атмосферни вредности, а ако няма укриване, да окопае ранения и себе си с личната си лопатка. Санитарят трябва да умее да издирва ранените на бойното поле, а също така и да ги товари и разтоварва на санитарния транспорт.

Към важните задължения на санитаря спада и това да умее бърже и правилно да поставя при съответна индикация кръвоспираща превръзка, която има особено значение за спасяването живота на ранения. Санитарят трябва да владее до съвършенство своето лично оръжие и оръжието на боеца, тъй като често пъти ще се наложи да защитава своя живот и живота на ранения.

Ротният санитар, който влиза в състава на санитарното отделение, работи само в района на своята рота. Най-честият начин за използването на санитарите е тяхното предварително разпределение по взводове, като един от тях се оставя за резервен санитар. Резервният санитар се намира при командира на отделението и се използва в зависимост от конкретната бойна и медицинска обстановка. Втори начин за използване на санитарите е те да се намират при командира на отделението и в хода на боя да се изпращат там, където се

окаже необходимо. Кой от двата начина трябва да се използва, зависи от конкретната обстановка и от решението на санитарния инструктор.

Първата медицинска помощ, която оказват ротните санитарни на бойното поле, е около 65 % от помощта въобще, като останалите 35 % са в порядъка на самопомощ и взаимопомощ. В мероприятията по даване на първа помощ на бойното поле се включват неотложни медицински манипулации по спасяването живота на ранения или болния или за облекчаване на неговото страдание.

В обема на медицинската помощ, която се дава на бойците на бойното поле, се включва:

1. Налагане на стерилна превръзка на всеки ранен.
2. Налагане на кръвоспираща превръзка с турникет.
3. Правене на примитивна транспортна имобилизация с подръчни средства.
4. Правене на оклузионна превръзка при отворен пневмоторакс.
5. Даване на първа помощ на поразените от бойни отровни вещества и атомна енергия.

Една от трудните дейности на санитаря е издирването на ранените, особено в условията на настъпателния бой и лоша видимост, като: мъгла, снежна виелица, гора, силно пресечена местност, нощно време, храсталак, населен пункт, посеви и пр.

Тъй като първата медицинска помощ ще изиграе своята роля при своевременно й оказване, то необходимо е ротният санитар веднага да открие ранения и да му даде необходимата медицинска помощ. В хода на боя санитарят открива ранените при непосредственото наблюдаване на бойния ред на взвода, към който е придан. Това важи особено много за настъпателния бой. Санитарят върви зад бойния ред на такова разстояние, че да може добре да наблюдава бойците от взвода. При попадение на мина или снаряд в бойния ред санитарят веднага се отправя на мястото на попадението, за да даде медицинска помощ на нуждаещите се. Той трябва добре да различава обикновеното залягане от падането на ранения боец. При обикновеното залягане боецът никога не изпуска оръжието си, а непременно пада с лице към противника, веднага след залягането си той отпъзвява или започва да се окопава, докато раненият боец или пада като покосен, или неестествено размахва ръце и бавно се смъква в неопределена посока, а след падането си не прави опит за окопаване или отпъзвяване. За откриването на ранените съществено значение има и даването на сигнали от страна на ранения.

След завършването на боя издирването на ранените на бойното поле може да стане по най-различни начини. Всички тия начини обаче могат да се осъществят при отдалечаването от мястото, което

ще претърсваме, от бойния ред дотолкова, че търсещите групи да не са под пушечно-картечния огън на противника.

Най-често срещаният се начин за издирване на ранените е „санитарното гребло“. То се изгражда от санитарите и от спомогателните бойци, които се нареждат във верига на разстояние един от друг на зрительна връзка. „Греблото“ може да бъде право и косо. При правото „гребло“ санитарите оглеждат бойното поле, като вървят перпендикулярно на фронта. При косото, което се използва при силно пресечена местност и значително отдалечаване от фронта, се върви под диагонал на фронтовата линия. При косото „гребло“ се тръгва от определено място диагонално на фронта, след това се връща перпендикулярно, отива се пак диагонално по втория диагонал и се връща перпендикулярно към първоначалното изходно положение.

При косото „гребло“ в издирването може да участвуват две групи, които си разменят местата, или пък само една.

Втори начин за издирване на ранените е използването на специално обучени кучета. Санитарното куче открива ранения и му доставя личен превързочен пакет, а след това извиква санитар, за да го прибере.

Трети начин за издирването на ранените е чрез санитарни патрули, който начин е бил използван с много добри резултати през годините на Великата отечествена война на СССР при форсиране на водна преграда. Същността на този способ се състои в това, че на мястото, където се прави прехвърлянето, се определят сектори, в които патрулират санитарите (по 2 — 3) за откриване на потъващи бойци, паднали във водата, или изтласкани на брега бойци, които нямат сили за самостоятелно придвижване. Санитарите ги откриват, дават им първа помощ и ги изнасят към съответните пунктове.

Четвърти начин за издирване на ранените бойци се използва в бой в голям населен пункт чрез изграждането на специални търсещи групи. Тези групи, разделени на звена от по 2 — 3 души, получават райони за оглеждане. Особено внимание се обръща на разрушените здания, сутерените, убежищата, ДОТ-овете, съобщителните ходове, окопите и др.

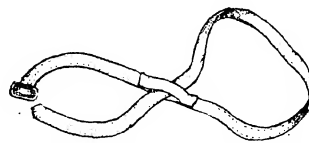
За по-лесното откриване на ранените през нощта се използват различни осветителни прибори, като джобни електрически фенерчета и др. Използването им обаче трябва да се прави много острожно, тъй като, ако това се забележи от противника, той веднага прилага съсредоточен огън. През нощта трябва да се използват също така и различните слухови сигнали. Понякога обаче те трудно се долавят поради шума от боя или пък привличат вниманието на противника.

Ясно е, че цялата своя дейност на бойното поле ротният санитар трябва да извършва при строго спазване на мерките за маскировка и при грижливо приспособяване към местността, а освен това голяма част от своята дейност той трябва да извършва пълзешком.

Санитарят се приближава до мястото, където е паднал раненият, чрез къси прибежки, когато е по-отдалечен, а след това —



Фиг. 9. Турникет



Фиг. 10. Носачески колан във вид на осморка

пълзешком. Пристигнал при ранения, санитарят застава от тая страна на ранения, от която е нараняването, и веднага пристъпва към даването на първа медицинска помощ, ако мястото, на което се намира раненият, е укрито от наблюдението и огъня на противника. Ако мястото е открито, то често пъти санитарят най-напред укрива ранения или го окопава и след това пристъпва към даването на първата медицинска помощ.

За да може санитарят да върши своята работа, е необходимо той да има санитарна чанта, в която да се намира онова имущество, с което той ще осъществи даването на първа медицинска помощ и извикането на ранения. В чантата на санитаря има превързочни пакети, готови превързки, триъгълни кърпи, кръвоспиращи превързки (турникети), прости транспортни шини (накладни), ножица и нож за разрязване на дрехите и ботушите на ранения и др. (виж фиг. 9). Санитарите в бронетанковите и механизирани войски задължително имат в чантите си и ключ за стваряне на люковете на танка. Чантата се носи на рамо, тя е направена от достатъчно здрава материя за запазване на имуществото от похабяване.

Задължително снаряжение за санитаря е и носаческият колан, който облекчава извършването на работата на санитаря при извикането на ранения. Най-честият начин за използването му е във вид на осморка (виж фиг. 10).

### ИЗВЛИЧАНЕ НА РАНЕНИИ ДО МЕСТАТА ЗА УКРИВАНЕ ИЛИ ДО „ГНЕЗДАТА ЗА РАНЕНИИ“

Едно от най-трудните задължения на ротния санитар след даването на първа помощ на тия ранени, които не могат самостоятелно да се придвижат или укрят, е да извлече ранения до някакво укрите. Тази своя трудна задача санитарят трябва да осъществи под пушечно-картечния огън на противника.

Извличането на ранения може да стане по най-различни начини. Способът, по който трябва да бъде извлечен раненият, се определя от конкретната обстановка и от вида на нараняването. Трябва винаги да се помни, че извличането трябва да стане при максимално щадене на ранения.

Много чест начин за извличане, към който прибегва санитарят, е извличането по хълбок (виж фиг. 11). При този способ, който



Фиг. 11. Извличане от санитаря на хълбок

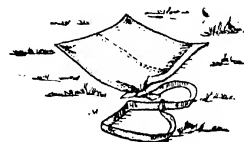
може да се използва за много от ранените, санитарят поставя ранения на полустъпнатия си десен крак и го измъква, като го придържа с



Фиг. 12. Извличане от санитаря на гръб

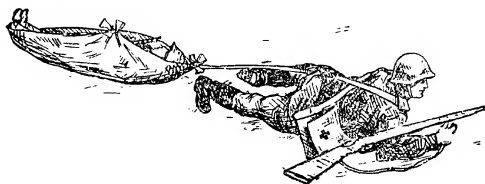
лявата ръка. Друг начин е вземането на ранения на гръб (виж фиг. 12). Санитарят може да използва различни помощни средства при извличането. Най-често е използването на шинела или платнището, върху които се поставя раненият, и с помощта на носаческия

колан се дърпа (виж фиг. 13 и 14). При използването на носаческия колан ръцете на санитаря се освобождават, за да може при необходимост да използва личното си оръжие, а освен това и самият той



Фиг. 13. Приготвяне на платнището за извличане върху него с помощта на носаческия колан

има по-голяма свобода на действие. Извънредно удобни за извличане на ранените са различните приспособления, приготвени от шперплат



Фиг. 14. Извличане върху платнище с помощта на носаческия колан

във вид на влечила. Тези влечила запазват ранените от каквито и да било травми и се дърпат много лесно при неравна или камениста



Фиг. 15. Шперплатно влечило

местност (виж фиг. 15). Там където местността позволява, раненият може да се изнесе на гръб (виж фиг. 16).

След поставянето на ранения в укрите или в "гнездо за ранени" санитарят е длъжен веднага да постави знак, по който знак санитарите-носачи ще могат да намерят укрития ранен. Този знак може да бъде парче бинт, завързано за храст или на пръчка, лопатката на ранения с поставена на нея каска на ранения, връзка трева или сено на пръчка, връзка цвеля и др. Тези знаци трябва да бъдат поставени на такива места, че да могат да се забелязват ясно и отдалеч от санитарите-носачи, но и да са невидими от страна на противника. Различните знаци се забелязват от различни разстояния, средната им видимост е от 70 — 80 метра.

Ротният санитар осъществява своята дейност в най-трудни условия, под непосредствената заплаха за неговия живот и за живота на ранения. Първата медицинска помощ, която той оказва при съвременното разбиране на военно-медицинската наука, трябва да се окаже веднага след нараняването. Това е основното задължение на санитаря. Дадената навреме първа медицинска помощ спасява живота на голям брой ранени, особено тия с кръвоизливи, и има съществено значение за по-нататъшното лечение на ранения. Правилната организация на първата помощ и на извличането на ранените от бойното поле има решаващо значение за правилното осъществяване на медицинското осигуряване на войските въобще. От работата на ротните санитарни зависи работата на всички останали звена на медицинската служба; това основно положение бе правилно осъществено през годините на Великата отечествена война от съветската военна медицинска служба и даде възможност да се върнат в строя огромен брой от ранените и болните.

#### РАБОТАТА НА САНИТАРНОТО ОТДЕЛЕНИЕ НА РОТАТА В ОТБРАНИТЕЛНИЯ БОЙ

В условията на отбранителния бой санитарното отделение има редица предимства, които идват от самия характер на позиционната отбрана.

Преди започването на боя санитарният инструктор има възможност за детайлно изучаване на местността, определяне на подстъпите и начините за извличането на ранените, местата за "гнездата".



Фиг. 16. Изнасяне от един санитар на гръб с помощта на носаческия колан

предварителната подготовка на окопите, за да може да се изнасят из тях ранените. В условията на позиционната отбрана санитарният инструктор има възможност за предварителното оборудване на ротен медицински пост, като за тая цел се изкопае укрите и в него се постави необходимото имущество за работата, постилъчни материали, юда и др. В тоя ротен медицински пост санитарният инструктор ще осъществява първата медицинска помощ.

Преди започването на боя командирът на санитарното отделение инструктира подробно ротните санитарни за реда на тяхната работа и за условията, в които ще работят. Същото нещо прави и със санитарите-носачи. В хода на боя той се намира или в близост до ротния командир, откъдето наблюдава боя и ръководи работата на санитарите и санитарите-носачи, или е в ротния медицински пост, където дава първа медицинска помощ. В ротния медицински пост ранените престояват само толкова, колкото е необходимо да им се даде медицинска помощ или докато дойдат санитарите-носачи за тяхното по-нататъшно изнасяне. Ротният пост, както и "гнездата" не трябва да останат като места, където става задържането на ранените, което би се отразило зле на тяхното по-нататъшно лечение.

В условията на позиционната отбрана поради престояването на едно място по-продължително винаги се създават условия за замърсяване на района. Това винаги трябва да се има предвид от санитарния инструктор и да се вземат всички мерки за спазването на личната и колективната хигиена.

#### РАБОТАТА НА САНИТАРНОТО ОТДЕЛЕНИЕ В УСЛОВИЯТА НА НАСТЪПАТЕЛНИЯ БОЙ

За успеха на работата през време на боя решаващо значение има предварителната подготовка.

В подготовителния период санитарите трябва да проверят своята комплектуваност с имущество, да бъдат запознати с предстоящите задачи и инструктирани за реда на работа. Санитарите се разпределят към взводовете или остават всички при командира на отделениято. Санитарният инструктор трябва да ги запознае с оста на движението на медико-санитарния взвод на батальона и набелязаните места за сгрупиране на ранените.

В хода на боя ротните санитарни се движат зад бойния ред на такова разстояние, че да виждат добре бойците. При падане на ранени санитарите веднага се отправят към тях, оказват съответната медицинска първа помощ и ги укриват. Санитарите-носачи, които се движат на известно разстояние след санитарите, веднага изнасят ранения към предварително определените места за сгрупиране на ранените по оста на движение на медико-санитарния взвод.

Командирът на санитарното отделение се намира в близост до ротния командир и на тия места, откъдето най-добре ще наблюдава боя и ще ръководи работата на санитарите и санитарите-носачи. Когато стане необходимо, той сам се включва в даването на първа медицинска помощ.

Във време на настъпателния бой санитарното отделение осъществява своята работа при непрекъснато движение. Това му дава възможност навреме да окаже първа медицинска помощ и да не се откъсне от стремителното движение на бойния ред напред.

## Глава XI

### МЕДИЦИНСКО ОСИГУРЯВАНЕ НА СТРЕЛКОВИЯ БАТАЛЬОН

Стрелковият батальон е тактическо подразделение. Той може да бъде самостоятелен или в състава на полка. Батальонът има в състава си роти, които обикновено са три. След Първата световна война поради бързото насищане на войските и по-специално на пехотата с автоматично оръжие в състава на стрелковите батальони се вмъкнаха и картечни роти.

Медицинската служба на стрелковия батальон се състои от медико-санитарния взвод на батальона, който е щатно поделение на същия, и санитарните отделения на ротите към батальона. Начело на медицинската служба в стрелковия батальон стои медицински техник (фельдшер), който е командир на медико-санитарния взвод.

През време на Втората световна война в батальона (дружината) на нашата армия началник на медицинската служба беше лекар, като през втората фаза лекарите от дружините бяха изтеглени към полка. Опитът показва, че стоенето на лекар в батальона е не само излишно, но и вредно. Изпращането на лекар в стрелковия батальон води до задържането на ранените в него или невъзможност за пълното разгръщане силите на лекаря. Обемът на медицинската помощ, която се дава в района на батальона, е напълно във възможностите на медицинския техник (фельдшера), а лекарят има възможност да разгъне силите си от полковия медицински пункт нагоре. В отделни случаи, когато батальонът има да изпълнява самостоятелна задача извън състава на полка, то медицинската му служба може да се усили с лекар. Изпращането на лекар може да стане и при усложнена медицинска обстановка. В такива случаи лекар най-често се взема от състава на медико-санитарния батальон на дивизията.

Медицинската служба на батальона има следните задачи:

1. Да организира издирването на ранените в ротните райони, даването на първа медицинска помощ, тяхното изнасяне и извозването им до батальонния медицински пункт.
2. Да ръководи работата на санитарните отделения и да ги подпомага, когато това е необходимо.



3. Да организира даването на долекарска медицинска помощ на пристигналите на батальонния медицински пункт ранени, болни и поразени от бойни отровни вещества и атомна енергия.

4. Да подготви ранените, болните и поразените от БОВ и атомна енергия за по-нататъшната им евакуация.

5. Да организира снабдяването на батальона с медико-санитарно имущество.

6. Да организира провеждането на профилактични и противо-епидемични мероприятия за предпазването на личния състав от инфекциозни заболявания.

7. Да организира медицинско разузнаване и санитарен надзор.

8. Да организира санитарната просвета сред личния състав на стрелковия батальон.

Тези задачи медицинската служба на батальона осъществява чрез използването на силите и средствата на медико-санитарния взвод и на санитарните отделения.

#### СЪСТАВ, ЗАДАЧИ И СЪТЪМЯВАНЕ НА МЕДИКО-САНИТАРНИЯ ВЗВОД

Медико-санитарният взвод се състои от: 1) медицински техник (фельдшер) — командир на взвода; 2) санитарен инструктор — заместник на командира на взвода; 3) двама санитарни носачи и 4) един коняр. Целият състав на взвода е от пет души.

Задачите, които стоят пред взвода, са: да разкрие със собствени сили и средства батальонния медицински пункт и да окаже в него долекарска медицинска помощ; да изнася ранените от ротните райони; да подготвя ранените и болните за по-нататъшна евакуация; да снабдява батальона с медико-санитарно имущество; да провежда медицинско разузнаване, профилактични и противоепидемични мероприятия; да даде долекарска медицинска помощ на поразените от бойни отровни вещества и атомна енергия и да провежда санитарна просвета сред личния състав.

Медико-санитарният взвод има следното снабдяване:

1. Една полева фелдшерска чанта, с която работи медицинският техник. В нея се намират всички материали, с които той осъществява долекарската медицинска помощ.

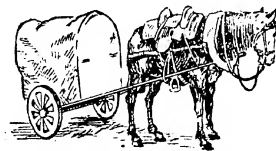
2. Санитарно-инструкторска чанта, с която работи заместникът на командира на взвода — санитарният инструктор.

3. Комплект Б<sub>1</sub>, който представлява бризентна раница, пълна със стерилни превръзочни материали, триъгълни кърпи, бинтове и др. материали, разчетена за оказване на медицинска помощ средно на 100 души ранени.

4. Комплект Б<sub>2</sub> — „шини“, съдържащи шини на Крамер, накладни, Дитерикс, позволяващи да се даде помощ на около 45—75 счупвания на горни и долни крайници и на долната челюст.

5. Една санитарна двуколка с кон, с която се превозва останалото имущество (комплектите). На санитарната двуколка задължително има две празни носилки (виж фиг. 17).

Имуществото, с което разполага медико-санитарният взвод, е разчетено така, че там, където не може да мине двуколката, то да бъде пренасяно на гръб. Затова то е леко, в съответни комплекти.



Фиг. 17. Санитарна двуколка

удобни за пренасяне от един човек, тъй като много често се налага, особено в настъпателните боеве, да се носи на гръб.

Малкият брой хора, които влизат в състава на медико-санитарния взвод, и малкото по обем и брой имущество, с което е снабден, го прави извънредно много подвижен и слабо забележим от противника. Това се налага поради факта, че медико-санитарният взвод работи в непосредствена близост до бойния ред на батальона и често пъти попада под огъня на противника.

Командирът на медико-санитарния взвод е подчинен във всяко отношение на командира на стрелковия батальон, а по специалността си е подчинен на старшия полкови лекар. Останалият състав на взвода е подчинен във всяко отношение на командира на взвода.

За да може правилно да организира своята работа, командирът на медико-санитарния взвод трябва да знае бойната задача на батальона и решението на командира, да знае указанията на старшия полкови лекар, мястото на разположението на батальонния пункт за боеприпаси, състоянието на медицинската служба и санитарно-епидемичното състояние на батальона.

След като се осведоми за всички тия неща, командирът на взвода взема решение по медицинското осигуряване на батальона, което решение докладва на командира на батальона. Когато решението бъде утвърдено, той започва неговото провеждане и изпълнение.

Основният начин на работа на медико-санитарния взвод е „в движение“. Това му дава възможност за своевременното даване на

долекарска медицинска помощ и да не се откъсва от бойния ред на батальона.

Когато е необходимо по-продължително престояване на едно място, медико-санитарният взвод разкрива батальонния медицински пункт.

**БАТАЛЪОНЕН МЕДИЦИНСКИ ПУНКТ (БМП) — МЯСТО ЗА РАЗКРИВАНЕТО МУ И ФУНКЦИОНАЛНИ ПЛОЩАДКИ**

Батальонният медицински пункт е етап на медицинската евакуация, разкрит от силите и средствата на медико-санитарния взвод в района на батальона за оказване на долекарска медицинска помощ. Той се намира на 500—1500 метра от фронта. Това разстояние зависи от конкретната бойна обстановка и от характера на местността. В настъпателните боеве се вземат малките разстояния, за да не се откъсна медико-санитарният взвод от бойния ред, а в позиционна отбрана — големите. Отдалечеността от фронтната линия не бива да се мери само в метри, а и да се взема под съображение времето, за което ще пристигнат ранените в пункта. Известно е, че ранените трябва да пристигнат най-късно 2—3 часа след нараняването им. С това се спазват най-благоприятните срокове за лечението на ранените. По данни от Великата отечествена война знаем, че 91 % от ранените пристигат в БМП в срок до 4 часа след нараняването им. Голямата част от тези ранени — ходещите, пристигат до 2-ия час, а след 4-ия час остават само 1,4 %.

Така например в Берлинската операция през м. април и началото на май 1945 година е установено следното:

Срок за пристигане на ранените на БМП	Процент на ранените
До 2 часа . . . . .	61,7
2—4 часа . . . . .	29,3
4—6 часа . . . . .	6,4
6—8 часа . . . . .	1,2
Повече от 8 часа . . . . .	1,4

Мястото, на което трябва да се разкрие батальонния медицински пункт за даване на долекарска медицинска помощ, трябва да е в близост до командния пункт на командира на батальона и да отговаря на следните изисквания:

1. Да е защитено от пушечно-картечния огън на противника, което се постига чрез разполагането му в „мъртви пространства“ (долове, обратни скатове на хълмовете и др.).

2. Да има скрити от огъня на противника и удобни подстъпи към него за санитарите-носачи и пътища за санитарния транспорт. Идващ от полковия медицински пункт.

3. Да има достатъчно място за разполагането му.

4. Да не е в близост до наша артилерия, която привлича вниманието на противниковата такава, да не е в близост до мостове, гари и спирки или други ориентири на местността.

5. Да е защитено от употребата на БОВ и атомно оръжие.

6. Да е на нормално разстояние от фронтната линия.

Когато се избира място за организирането на батальонен медицински пункт, трябва да се предвидят площадки за настаняване на пристигналите ранени от фронта, площадка, на която работи медицинският техник, площадка, където ранените чакат евакуация, място за струване на резервното имущество и носилки и място за престояване на транспорта, идващ от полковия медицински пункт, и собствения транспорт.

Плътта на мястото, което заема батальонният медицински пункт, е малка — средни размери 50—70 на 50—70 метра.

Тъй като медико-санитарният взвод не разполага с палатки, то най-често той работи на открито, а през зимата при по-продължително престояване на едно място се изкопават землянки — една, където се оказва долекарска медицинска помощ, и друга за престояване на ранените до тяхната евакуация.

#### ЗАДАЧИ НА БАТАЛЪОННИЯ МЕДИЦИНСКИ ПУНКТ

Пред батальонния медицински пункт, разкрит в района на батальона, се поставят следните задачи:

1. Да приеме и регистрира всички ранени, болни и поразени от бойни отровни вещества и атомна енергия, пристигнали в него. Регистрацията се извършва от медицинския техник, който записва пристигналите по име, военно звание, поделението, от което са, характера на нараняването и къде и кога е евакуиран. В отделен журнал се регистрират смъртните случаи, като се записват починалите в пункта и по пътя към него. Друг вид документация в батальонния медицински пункт не се извършва.

2. Сортиране на ранените. То се извършва от медицинския техник, който издирва тежко ранените, нуждаещи се от неотложна долекарска помощ и от хирургична интервенция, и веднага ги евакуира. Към тях спадат ранените в шоково състояние, ранените с кръвопирани превръзки, ранените в корема, ранените с отворен пневмоторакс и др. Във втората група се отделят ранени, на които трябва да се окаже долекарска медицинска помощ, без която тяхното състояние през време на транспортировката към полковия медицински пункт ще се влоши. Това са ранените с лошо направени имобилизации, с въз-

становено кръвотечение или лошо направена кръвоспираща превръзка. Ранените, болните и поразените от бойни отровни вещества и атомна енергия, които са в състояние самостоятелно да се придвижат (а това са половината от общия брой на ранените), веднага се отправят пеш към полковния медицински пункт. Останалата половина чак санитарния транспорт, изпращан от полковния медицински пункт за евакуация, или се натоварват на празновръщания се транспорт.

3. Трета задача на батальонния медицински пункт е да даде долекарска медицинска помощ на нуждаещите се.

4. Да подготви ранените за тяхната по-нататъшна евакуация.

#### ОБЕМ НА ДОЛЕКАРСКАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

Обемът на долекарската медицинска помощ се определя от двете основни задачи: да се бори с опасността, която носят кръвоизливите, и второ, да предпази острелните наранявания от усложнения. Медицинските мероприятия, които се провеждат в батальонния медицински пункт, са продължение на мероприятията, които се оказват в района на ротата от санитарите при даването на първа помощ. Помощта, която се дава в батальонния медицински пункт, има още задачата да подготви ранените, за да могат те да издържат транспортировката до полковния медицински пункт.

Долекарската медицинска помощ се оказва от медицинския техник с помощта на санитарния инструктор на взвода и се състои в следното:

1. Проверка на всички превръзки, направени в района на ротата. Тъй като условията на работа в ротата са доста тежки, естествено е, че в пункта често пристигат ранени с неправилно направени или свлечени при транспортировката превръзки. Таква превръзка трябва да се поправят веднага. Кръвопротеканията превръзки не се сменяват, а се прави надвързка. Забранено е поголовното сменяне на превръзките, тъй като това би довело до издишно задържане на ранените в пункта и би им донесло само вреда.

2. Проверка на примитивните имобилизации, направени в ротата. Ако се наложи сменяването на имобилизацията, то тук вече се слага стандартна шина от комплект Б.

3. Задължителна проверка на всички кръвоспиращи превръзки, направени в ротата. Прави се проверка, дали правилно са сложени, имат ли бележка за часа на налагането, дали играят ролята си, или не, има ли съответни индикации за нея и пр. Ако превръзката не е необходима, тя се сваля, ако пък има кръвотечение, а превръзката не е наложена, то такава се поставя веднага.

4. Затваряне на външната рана при отворен пневмоторакс с налагането на масивна превръзка и използването на гумирания плат от личния превъзрочен пакет.

5. Провеждане на най-елементарни мероприятия по предотвратяването на травматичния шок или борбата с него при появата му. Тук се включва даването на различните обезболяващи средства, затоплянето на ранения, нахранването, даването на алкохол, сърдечни средства и пр. Употребата на алкохола играе решителна роля по предотвратяването на травматичния шок.

6. Даване на помощ на поразените от бойни отровни вещества и атомна енергия. На поразените от атомна енергия, ако в района на ротата не им е направена частична санитарна обработка: дезактивация, то това се извършва тук, като на всички ранени и поразени от атомна енергия се измиват откритите части на тялото с вода, а дрехите и оръжието се изтърват от подадения по тях прах.

#### ОРГАНИЗАЦИЯ НА ИЗНАСЯНЕТО И ИЗВОЗВАНЕТО НА РАНЕНИТЕ ОТ РОТНИТЕ РАЙОНИ ДО БАТАЛЬОННИЯ МЕДИЦИНСКИ ПУНКТ

Организацията на съвременното изнасяне и извозване на ранените от ротните райони е най-важната и най-тежката задача на медико-санитарния взвод. От изпълнението на тази задача зависи по-нататъшното лечение на ранените и изходът от това лечение. Навремето пристигане на ранените в полковния медицински пункт, където ще получат първа лекарска помощ, зависи само от работата на медико-санитарния взвод и от организационните способности на медицинския техник.

Ранените, които могат да се придвижат самостоятелно, пристигат сами в батальонния медицински пункт и обикновено тия, които първи пристигат в пункта, са ранените, които са способни да се придвижат самостоятелно.

Ранените, които не са в състояние сами да се придвижат, се изнасят от ротните райони по два начина: 1) чрез изпращане преварително на санитарно-носачески звена, които ги изнасят направо към пункта, и 2) чрез придвижването към ротите на пост на санитарния транспорт, който подпомага санитарите-носачи в извозването на ранените.

Санитарите-носачи, които изнасят ранените от ротните райони, се придават към медико-санитарния взвод преди започването на боя от медико-санитарната рота на полка, в която те се водят по щат. Старшият полковник лекар в своето решение определя вероятните медицински загуби за всеки стрелков батальон на полка и в зависимост от броя на тия загуби изпраща към медико-санитарните звена на батальоните определен брой санитарно-носачески звена. В хода на боя медицинският техник непосредствено ръководи работата на носаческите звена.

Санитарите-носачи, изпратени в медико-санитарните взводове на батальоните, работят в звена по двама, а понякога и трима или четирима. Един от санитарите-носачи е командир на звеното. Основното задължение на санитарно-носаческите звена е изнасянето на ранените от местата, където те са укрити от ротните санитарни, или от „гнездата“ до батальонния медицински пункт или до поста на санитарния транспорт. Това изнасяне на ранените трябва да се осъществи с разчет пристигането на ранените в батальонния медицински пункт да бъде до втория час след нараняването им. Това е най-благоприятният срок за тяхното по-нататъшно лечение. „Затова изнасянето на ранените от бойното поле е необходимо да се осъществи във време на боя под пушечно-картечния огън на противника; необходимо е ранното доставяне на ранения на близкия медицински пункт за даването на първа лекарска помощ и по-нататъшната евакуация на онзи етап, където е възможно оказването на квалифицирана хирургична помощ“ (Смирнов). Успехът на цялата верига от медицински мероприятия, насочени към възстановяването на боеспособността на ранения боец, в огромна степен зависи както от своевременната първа помощ, така и от своевременното изнасяне на ранените от бойното поле.

Санитарите-носачи, необходими за изнасянето на ранените, се определят от конкретната бойна обстановка и от броя на вероятните загуби. Едно носаческо звено може да изнесе на 500 метра от 8 до 10 души при обикновени условия; ако в известна част от пътя на изнасянето е необходимо да се пълзи, то ефективността на работата се намалява чувствително.

Опитът от Великата отечествена война на СССР показва, че работата на носаческите звена се затруднява извънредно много поради значителното разрастване на силата на огъня от всички видове оръжия и от факта, че те трябва да работят не само в зената на действителния, но в редица случаи и на прицелния огън на противника. Това изисква в много случаи носачите да се придвижват пълзешком. Внимателно използвайки условията на местността за маскировка. Отдалечаването на носаческото звено от огъня на противника му дава възможност за нормална работа.

Носаческите звена вземат ранените от укритията и от „гнездата за ранени“ по най-различни пътища. Ако санитарите-носачи нямат помощни средства за изнасяне, те могат да вземат ранения, като направят с ръцете си „столче“. Това столче може да бъде направено с четирите ръце на носачите или с три, когато раненият трябва да се придържа. Изнасянето на ранения може да стане, като единият санитар го хваща през гърдите, а другият за краката, като се пълза между тях.

Работата на санитарите-носачи се облекчава чувствително при използването на носаческия колаи. Коланът се приготвя във вид на осморка, след това санитарите-носачи го поставят на раменете си, като на единия минава през дясното, а на другия през лявото рамо. Там където коланът се прекръстосва, се поставя да седи раненият. Единият от санитарите-носачи придържа ранения. При този способ санитарите-носачи вървят успоредно. Ако условията на местността не позволяват успоредно вървене, то санитарите-носачи вървят един зад друг, а раненият се прикрепя от задния носач.

Най-честият и най-удобният начин за изнасянето на ранените от бойното поле е използването на носилката. Изнасянето с носилка е един от най-добрите методи за транспортировка на ранените. Пирогов пише: „От всички транспортни средства за пренасянето на ранените на прехвърлящите пунктове без съмнение носилката заслужава преимущество, а за тежко ранените и едва ли не единственото удобно средство при транспорта.“

Носаческото звено поставя носилката от тая страна на ранения, от която е нараняването. Откъм здравата страна застават санитарите-носачи и повдигат ранения, за да го поставят на носилката. Повдигането може да стане по два начина. Първият, когато санитарите застават на колене, единият откъм главата, другият — откъм краката на ранения и при съответна команда го повдигат и поставят на носилката. Вторият начин е, когато раненият бива хващан за дрехите и за колана. При този начин санитарите-носачи само се навеждат, без да застават на колене. При този способ раненият се травматизира много по-малко при повдигането.

Пренасянето на ранения върху носилката значително се облекчава при употребата на носаческите колани. При тяхното използване дръжките на носилката се поставят на коланите и ръцете на санитарите-носачи се освобождават, за да могат при необходимост да използват личното си оръжие.

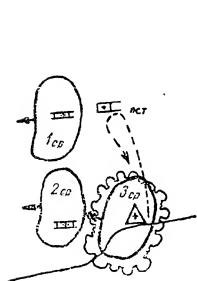
Когато е необходимо ранения да се изнасят на големи разстояния, както например при отбранителен бой или при пренасяне на ранени в силно пресечена местност, се прибегва към изнасяне чрез шафетния способ.

Същността на този способ се състои в това, че разстоянието, на което е необходимо да се пренесе раненият, се разделя на няколко участъка с равни големина. В началото на всеки участък се разполага носаческо звено-шафета, което звено има за задача да пренася ранения до следващото такова. Разстоянието между отделните шафети може да бъде различно в зависимост от характера на местността. За средно пресечена местност това разстояние може да бъде

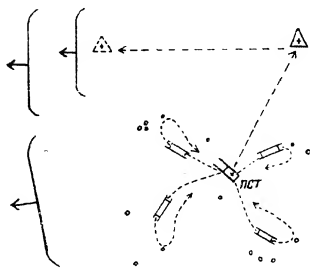
200–250 метра. Поради самите условия на работа челната щифета е най-къса и колкото се отдалечава от фронта, толкова и разстоянията между отделните щифети се увеличават.

#### ПОСТ НА САНИТАРНИЯ ТРАНСПОРТ

Втори начин за изнасянето на ранените от ротните райони е използването на санитарен транспорт в помощ на санитарите-носачи. Под пост на санитарния транспорт трябва да се разбират санитар-



Фиг. 18. Придвижване на ПСТ към една от най-отдалечените роти



Фиг. 19. Разкриване на ПСТ в района на загубите за организиране събирането на ранените по радиални посоки

но-транспортни средства, придвижени по пътя на евакуация, водещ от ротните райони към батальонния медицински пункт или от него към полковия медицински пункт.

Постът на санитарния транспорт (ПСТ) се разкрива най-често за облекчаване работата на санитарите-носачи и да се ускори изнасянето на ранените от ротните райони. Той е междинно звено — съединителен възел между две звена на медицинската евакуация.

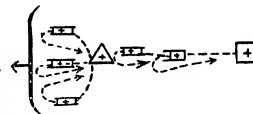
Постът на санитарния транспорт се организира в следните случаи:

1. Когато една от ротите на батальона е доста отдалечена от батальонния медицински пункт и евакуацията на ранените от нея се затруднява (виж фиг. 18). Организирането на ПСТ в такива случаи е възможно, когато характерът на бойните действия и условията на местността допускат престоя на санитарния транспорт и неговото прикрито придвижване.

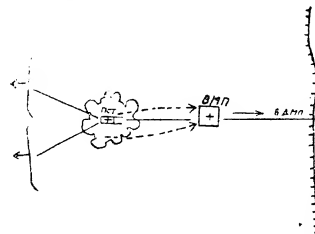
2. При осигуряване на рота, която има самостоятелна бойна задача.

3. Когато има организирано събиране на ранените от бойното поле по радиерната система (виж фиг. 19).

Изнасянето на санитарния транспорт напред за организиране изнасянето на ранените по радиерната система може да стане например при сполучливо развиване на настъпателен бой, когато поради закъсняване на медико-санитарния взвод възниква необходимостта да се придвижи санитарен транспорт за организиране изнасянето на ранените от района, зает от нашите войски. Също така изнасянето на ранените по радиерната система може да се организира в района на разположение на наши войски, попаднали под налета на противниковата авиация. И в двата случая придвиженият напред транспорт заема в района централно място (виж фигурата), а санитарите-носачи изнасят ранените към него. Това извънредно улеснява работата на носачите и ускорява извозването на ранените.



Фиг. 20. Придвижване на пост на санитарния транспорт между БМП и ПМП



Фиг. 21. Придвижване на пост на санитарния транспорт за осигуряване на преден отряд

4. В известни случаи постът на санитарния транспорт може да се разположи зад медико-санитарния взвод (виж фиг. 20 и 21). Подобно разположение на поста ще стане в случаите, когато поради конкретната бойна обстановка (наличност на силен противников огън или непроходима местност) колите временно не могат

да се доближат до медико-санитарния взвод. В такива случаи личният състав на медико-санитарния взвод се придвижва напред, носейки със себе си необходимото му имущество, а санитарният транспорт остава назад и организира пост на санитарния транспорт. Една част от санитарите-носачи изнасят ранените от ротите до мястото, където се е разположил медико-санитарният взвод, а друга част изнася от него до мястото, където се намира санитарният транспорт.

При този начин на организиране на пост на санитарния транспорт е необходимо медико-санитарният взвод да се усили с допълнителни санитарно-носачески звена.

Освен от медико-санитарния взвод постът на санитарния транспорт може да се организира със силите и средствата на полковата или дивизионната медицинска служба, особено в случаите, когато ротата има да изпълнява самостоятелна задача. Освен конен транспорт може да бъде използвана и мотолейка.

В зависимост от задачите, които се поставят пред поста на санитарния транспорт, се определя и съставът и количеството на санитарно-транспортните средства.

Задачите, поставени пред поста на санитарния транспорт, са:

1. Да организира непрекъснатото изнасяне на ранените от ротните райони до месторазположението на поста.
2. Да извършва елементарна транспортна сортировка на ранените при поста ранени за откриването на нуждаещите се от неотложна помощ или незабавна евакуация.
3. Проверка на направените в ротните райони превръзки и поправката им, когато това е необходимо. Началникът на поста на санитарния транспорт трябва да разполага с достатъчно имущество за смяна на превръзки, правене на имобилизация и сърдечни средства.
4. Натоварването на ранените на санитарно-транспортното средство, нещо което се извършва от санитарите-носачи, които донасят ранения.
5. Посочване на ходещите ранени, болни или поразени от бойни отровни вещества или атомна енергия най-късия и най-безопасния път за придвижването им към батальонния или полковия медицински пункт. По правило ходещите ранени не би трябвало да се пращат на поста, ако той не се намира по техния път на евакуация, тъй като това би затруднило тяхното придвижване.
6. Поддържане връзка с командирите на санитарните отделения на ротите и подпомагането им в организирането на издирването и изнасянето на ранените.

Ръководството на поста на санитарния транспорт се възлага най-често на санитарен инструктор, а по-рядко на медицински тех-

ник. Обикновено към ПСТ се придават и санитарно-носачи за организирането на изнасянето на ранените. Началникът на поста при необходимост оказва долекарска медицинска помощ. В такива случаи ранените не се задържат в батальонния медицински пункт, а веднага се извозват към полковия.

#### МЕДИЦИНСКО ОСИГУРЯВАНЕ НА СТРЕЛКОВИЯ БАТАЛЬОН В ПОЗИЦИОННА ОТБРАНА

Преди започването на боя и след получаването на бойната заповед на командира командирът на медико-санитарния взвод започва своята работа по вземане на решение по медицинското осигуряване.

Той си уяснява задачата, която има да изпълни, оценява обстановката, взема предварително решение за медицинското осигуряване по карта и провежда медицинско разузнаване.

Поради това че при позиционната отбрана батальонът се задържа сравнително по-продължително на едно място, то командирът на медико-санитарния взвод има възможност детайлно да проучи местността на бойни действия и да използва удобствата на тази местност. Той определя „гнездата за ранени“, подстъпите за изнасяне на ранените, пътищата за тяхното извозване, мястото, което ще се организира за даване на долекарска медицинска помощ, батальонния медицински пункт и мястото, където ще се организира постът на санитарния транспорт, ако има такъв.

Мястото, на което ще се разположи батальонният медицински пункт, поради по-продължителното престояване в него може да се подготви и обзаведе за по-удобна работа в него. Пътищата, ако това е необходимо, могат да се поправят и по тях да се поставят знаци, посочващи мястото на батальонния медицински пункт. БМП обикновено се отдалечава максимално от фронтната линия, което му дава възможност да работи по-спокойно. Това отдалечаване на пункта е възможно благодарение на добрата връзка, която може да се осъществи с ротния район, и поради относително стабилното разположение на пункта.

При зимни условия батальонният медицински пункт при позиционна отбрана се разкрива в земянки, обикновено две — едната, в която се дава долекарската помощ, а другата за ранените, чакащи го-нататъшна евакуация.

През време на боя командирът на медико-санитарния взвод се намира непрекъснато в батальонния медицински пункт, където осъществява долекарската медицинска помощ и където най-лесно наблюдава хода на работата в ротните райони и поддържа непрекъсната

връзка с командирите на санитарните отделения чрез леко ранените и санитарите-носачи. За хода на боя и за конкретната бойна обстановка той се осведомява от командира на батальона.

#### МЕДИЦИНСКО ОСИГУРЯВАНЕ НА СТРЕЛКОВИЯ БАТАЛЬОН В НАСТЪПАТЕЛЕН БОЙ

Работата на медико-санитарния взвод в условията на настъпателния бой е значително затруднена поради необходимостта да дава помощ „в движение“. Освен това той провежда своята работа при значително затруднено издирване на ранените поради непознатата местност и поради разсейването им по ширина на фронта и по етапи на боя.

След получаването на бойната задача командирът на взвода взема решение, в което определя мястото, на което ще се намира медико-санитарният взвод в изходното положение, оста на движението и местата, на които ще се спира в хода на боя.

В изходно положение взводът обикновено се намира максимално доближен до бойния ред и в близост до командния пункт на командира на батальона.

В условията на настъпателния бой няма възможност за предварителна подготовка на „гнезда за ранени“, затова командирът на взвода определя по картата местата, където биха могли да се групират ранените в хода на боя. Тия места трябва да съвпадат с оста на движение на взвода. Санитарните инструктори в ротите трябва своевременно да бъдат инструктирани за оста на движение и за местата на групиране на ранените. Същото се отнася и за санитарите-носачи.

Когато започне боят, по опыта на Съветската армия през Великата отечествена война основната задача на медико-санитарния взвод е непрекъснато да следва бойния ред на около 500—700 метра и да дава долекарска медицинска помощ. Тази помощ трябва да бъде насочена към това, че раненият боец да може да извържи транспортировката до полковия медицински пункт.

\* \* \*

Работата на медико-санитарния взвод на батальона е доста тежка и отговорна. Тежка е поради необходимостта да се работи под пушечно-картечния огън на противника, а отговорна, защото от работата на медико-санитарния взвод зависи по-нататъшната съдба на ранените — дали навреме ще пристигнат в следващия етап на медицинската евакуация.

Медицинският техник — командирът на взвода, има да изпълнява много трудни задачи поради това, че той е и организатор, и из-

пълнител. Той организира и отговаря за работата на ротните санитарни, санитарите-носачи и за работата на медико-санитарния взвод. Разностранните задължения, които стоят пред медицинския техник, могат своевременно и правилно да се разрешат само при много добра предварителна подготовка и чрез правилно и навременно вземане на решение по медицинското осигуряване на стрелковия батальон.



## Глава XII

## МЕДИЦИНСКО ОСИГУРЯВАНЕ НА СТРЕЛКОВИЯ ПОЛК

## Организация, състав и задачи на медицинската служба в стрелковия полк

Реорганизацията на въоръжените сили в полкове възниква през XIII — XIV в. в Русия, а в Западна Европа към края на XIV в. Такава организация на въоръжените сили е била въведена най-напред в пехотата. По-късно, когато се формирали другите родове войски, се въвежда същата организация и за тях.

Стрелковият полк е войска част, която има свое управление, самостоятелно домакинство и може да води самостоятелен живот. Той се състои от батальони, броят на които е различен за полковете на различните страни. Батальоните в другите родове войски носят съответните названия: за артилерията — дивизион, конницата — ескадрон и т. н.

Численият състав на полковете е различен и зависи от рода войска. Стрелковият полк може да решава редица тактически задачи самостоятелно.

Обикновено полковете са обединени в бригади или дивизии в зависимост от организацията на войските, но има и самостоятелни полкове, влизащи в състава на оперативните обединения.

Следвайки развитието и оформянето на въоръжените сили в полкове, в тях се оформява и развива медицинската служба. В Русия през XVII — XVIII в. се въвеждат лекари и транспорт в полка (1731 г.). В началото медицинската служба не е имала разгнат вид, като освен това не била напълно комплектувана поради липса на кадри.

\*\*\*

Медицинската служба на стрелковия полк се състои от медицинските служби на подразделенията на полка (стрелковите батальони) и медико-санитарната рота на същия. Началник на медицинската служба е старшият полков лекар, който отговаря за цялостната работа на медицинската служба. Старшият полков лекар е подчинен по всички въпроси на командира на полка, а

по медицинските — на дивизионния лекар. Негов пръв заместник е командирът на медико-санитарната рота на полка.

Медицинската служба има за задача:

1. Да организира оказването на първа медицинска помощ на ранените на бойното поле, тяхното изнасяне и извозване до полковия медицински пункт, оказването на първа лекарска помощ, подготовка на ранените за по-нататъшна евакуация. За да осъществи тази задача, медицинската служба на полка трябва да разгъне съответни пунктове и да изпрати към ротите санитарно-носачи, а към батальонните медицински пунктове — санитарно-транспортни средства от медико-санитарната рота.

2. Организира провеждането на профилактични и противоепидемични мероприятия и медицинското разузнаване, за която цел един от лекарите на медико-санитарната рота (младши полков лекар) изпълнява длъжността на нещатен епидемиолог на полка.

3. Организира лечението на ранените и болните, които не подлежат на евакуация из района на полка и които не се нуждаят от квалифицирана медицинска помощ.

4. Организира снабдяването на медицинските служби на батальоните с медико-санитарно имущество.

5. Организира помощта при преразвяване от бойни отровни вещества и от атомното оръжие.

6. Организира санитарната просвета сред личния състав и подготовката на личния състав за оказване на самопомощ и взаимна помощ. Освен това организира квалификацията на личния състав на медицинската служба.

Медицинската служба на полка разполага с достатъчно сили и средства за осъществяването на тия задачи по медицинското осигуряване на бойните действия на стрелковия полк.

## МЕДИКО-САНИТАРНА РОТА — СЪСТАВ, СЪГЛАСУВАНЕ И ЗАДАЧИ

Медико-санитарната рота е щатно поделение на стрелковия полк. В нейния състав са влизали: лекари, медицински техници, санитарни инструктори, санитарни и санитарно-носачи. Немедицински органи в нея са: писарите, каруцарите, готвачът и др. За да може да осъществява задачите, които стоят пред нея, тя е разполагала още със собствен санитарен транспорт, обикновен транспорт, палатки УСТ-41<sup>1</sup> и необходимото медико-санитарно имущество.

Към медико-санитарното имущество, което медико-санитарната рота използва, се отнасят главно превъзочните материали, шините, медикаментите, средствата за даване на първа медицинска помощ при

<sup>1</sup> Установка санитарно-техническа — 1941 г. — палатка за 12 — 24 човека (6. ред.).

поразяване от бойни отровни вещества и от атомно оръжие и санитарно-домашинското имущество.

Имуществото се получава във вид на комплекти, като тук освен комплектите Б1 и Б2 имаме комплект ВБ1 — „малка превързочна“, предназначена за превързочната на полковия медицински пункт. Тоя комплект съдържа: разходни медикаменти, безсрочно медицинско и домашинско имущество, превързочни и лечебни средства, хирургични инструменти, а освен това и малък превързочен набор и примус. Друг комплект, който се използва в медико-санитарната рота, е и комплектът ВБ2 — „войска аптека“, която осигурява аптеката на полковия медицински пункт. Тя съдържа: разходни медикаменти, серуми, аптечни и лекарски средства, а така също безсрочно аптечно и лекарско имущество. Така че медико-санитарната рота разполага с достатъчно сили и средства за разгръщането на полкови медицински пункт, изнасянето и извозването на ранените от ротните райони, оказването на първа лекарска помощ, за провеждането на медицинско разузнаване, за провеждането на санитарно-профилактични и противоепидемични мероприятия и да снабдява с медико-санитарно имущество подразделенията на полка.

През време на бойни действия медико-санитарната рота разкрива полкови медицински пункт (ПМП) със собствени сили и средства.

#### ПОЛКОВИЯ МЕДИЦИНСКИ ПУНКТ (ПМП)

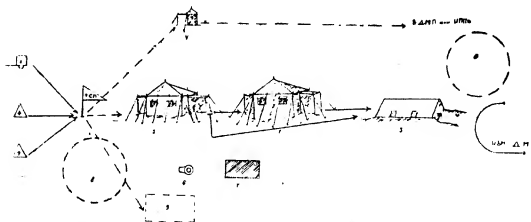
Полковият медицински пункт е етап на медицинската евакуация, разкрит в района на полка, където се оказва първата лекарска помощ. В него работят лекари, медицински техници, санитарни инструктори, санитарни и санитарно-носачи. По опита на Великата отечествена война ПМП се разгръща средно на 2 до 5 км от фронтната линия при отчитане на конкретната бойна обстановка и reliefa на местността. Това разстояние се колебае, но средните разчети, които се правят, са ранените да пристигнат в полковия медицински пункт най-късно до третия час след нараняването.

Пред полковия медицински пункт стоят следните задачи:

1. Да евакуира ранените и болните от батальоните, като за целта изпрати собствен санитарен транспорт към батальонните медицински пунктове.
2. Да окаже първа лекарска помощ и подготви ранените за по-нататъшна евакуация и да лекува ранените и болните, оставени на лечение в него, до пълното възстановяване на здравето им.
3. Да изолира заразно болните и съмнителните за заразни болести и да проведе необходимите санитарно-профилактични и противоепидемични мероприятия.

4. Да снабдява с медико-санитарно имущество медико-санитарните взводове на батальоните.
5. Да провежда контрол за работата на батальонните медицински пунктове.

За да може да изпълни тези задачи, полковият медицински пункт трябва да бъде разгънат на такова място, което да осигурява добри



Фиг. 22. Схема за разкриване на полковия медицински пункт, СП — сортировъчен пост 1 — приемно-сортировъчен (в палатка УСТ-41); 2 — превързочна (в палатка УСТ-41); 3 — санитарно-евакуационна (в землянка); 4 — изолатор (в палатка тип „офицерска“); 5 — общо-лекарски отделение; 6 — кухня — полева подвижна; 7 — жилищни помещения за личния състав; 8 — място за престояване на транспорта, извади оттам ДМП; 9 — място за престояване на транспорта, извади оттам ДМП

условия за работа. При избор на мястото трябва да се обърща сериозно внимание то да създава благоприятни условия за организирането на отбраната на пункта. В съвременния бой мястото, на което се разгъва полковият медицински пункт, освен общите изисквания за маскировка, защитеност от огъня на противника и други трябва да създава условия и за защита от атомното и бактериологичното оръжие. В полски условия полковият медицински пункт се разкрива в собствени палатки, землянки, блиндажи и др. Ако наблизо има населен пункт, може да се използват и отделни жилищни помещения. Принципно полковият медицински пункт не трябва да се разкрива в малки населени пунктове, тъй като населените пунктове са обект на противникови налети, а освен това в тях се струпват обикновено голям брой тилови учреждения, които биха затруднили дейността на полковия пункт.

Полковият медицински пункт не винаги се разкрива напълно. Когато полкът е извън бойни действия, то пункт не се разкрива, а медико-санитарната рота оказва помощ амбулаторно.

Във време на бойни действия обикновено полковият медицински пункт се разкрива напълно и има следните функционални поделения:

приемно-сортировъчно с разпределителен пост, превързочно, евакуационно, изолатор, аптека, кухня, места за престояване на транспортните средства и в зависимост от обстановката отделение за дегазационна обработка (виж фиг. 22).

Приемно-сортировъчното отделение се разкрива в една от палатките (УСТ-41). В него работи началникът на полковия медицински пункт, медицински техник, санитарни инструктори и санитарни. Пристигналите в пункта ранени се разпределят от санитарния инструктор на разпределителния пост и пренасят до приемно-сортировъчното от санитарни-носачи. В приемно-сортировъчното всички ранени и болни се регистрират и им се попълва медицинска картонка на предния район. Регистрацията се извършва от писар. Попълването на медицинската картонка на предния район също става от него под диктовката на лекаря. На тия ранени, които отиват в евакуационното отделение, медицинската картонка на предния район се попълва изцяло, а на тия, които отиват в превързочното, се попълва само паспортната част, като останалата част се попълва от лекаря, който оказва непосредствено медицинската помощ. След регистрацията и попълването на документите ранените се сортират, като най-напред се отделят тежко ранените, на които е необходимо да се окаже неотложна лекарска помощ. Тая група ранени се изпраща в превързочното. Друга група от ранени са тия, които не се нуждаят от неотложна лекарска помощ, но от квалифицирана такава. Тези ранени се изпращат веднага към евакуационното за по-нататъшна евакуация. Трета група ранени са тия, които биха могли да останат на лечение за 2—3 дни в полковия медицински пункт.

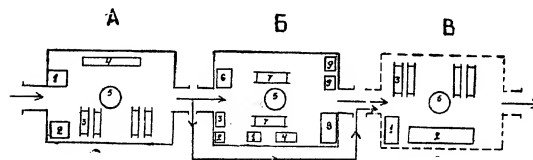
Към приемно-сортировъчното отделение трябва да има достатъчен брой носилки, които служат като обменен фонд, тъй като не се разрешава свалянето на ранените от носилките до оказването им на квалифицирана медицинска помощ.

В приемно-сортировъчното отделение на всеки ранен се поставя противостетичен серум, а при необходимост и противогангренозен. Тая работа се извършва от санитарен инструктор, който се грижи също така да се отбележи сложеният серум в медицинската картонка на предния район.

В отделението постъпват едновременно немалък брой ранени и болни в различно състояние, необходимо е те да се посрещнат и обслужват внимателно, като се поставят в спокойна обстановка. На всички, постъпили в полковия медицински пункт, в приемно-сортировъчното се дава чай, а при необходимост и храна.

Лекарят, работещ в ПМП, трябва така да си организира работата, че най-напред да обслужи тежко ранените в шоково състояние. Масовото постъпване на ранени в полковия медицински пункт започва обикновено втория час след започването на боя. Първи в него при-

стигат тия ранени, които могат самостоятелно да се придвижат. И пристигнали на пункта, поради факта, че са със запазени сили, обикновено вдигат много шум и предявяват искания веднага да им се даде помощ. Лекарят не бива да се подвежда и да започне даването на медицинска помощ на тия, тъй като тежко ранените и тия, които са в шоково състояние, не могат да чакат. Лекарят трябва да се заеме с тежко ранените и тези в шоково състояние, а по-леко ранените могат да бъдат предадени на медицинския техник.



Фиг. 23. Схема на полковия медицински пункт

А — приемно-сортировъчно  
1 — регистратор; 2 — комплект „амбулатория“; 3 — носилки; 4 — място за седене на ранени; 5 — печка  
Б — превързочно  
1 — комплект Б1 (шени); 2 — стерилизатор; 3 — умивалник; 4 — комплект Б2 (превързочни материали); 5 — печка; 6 — маса за инструментариум; 7 — носилки; 8 — място за седене на ранени; 9 — подкрепителни средства (чай и др.)  
В — евакуационно  
1 — подкрепителни средства (чай и др.); 2 — място за седене и ходене на ранени; 3 — носилки; 4 — печка

Когато личният състав на приемно-сортировъчното не е достатъчен за обслужването на ранените и болните, той може да бъде подсилен, като се привлечат още санитарни от останалите подразделения на пункта и се използват и леко ранените.

Работата в приемно-сортировъчното отделение е най-отговорна и най-тежка. Затова в него работи командирът на медико-санитарната рота, който става началник на пункта. Той е профилиран като хирург и е най-добре подготвеният лекар-лечител в ПМП. В приемно-сортировъчното отделение той може най-добре да следи за хода на работата в батальонните медицински пунктове и в ротните райони. За това, как е организирана работата в тия звена, той узнава през времето, когато пристигат ранените в полковия медицински пункт, освен това вижда начина на тяхното пристигане, в какво състояние са превързките им, имат ли въобще превързки и пр. При открито неблагоприятно положение той веднага може да реагира съответно.

Превързочно отделение (виж фиг. 23). В него се извършва основната работа по оказването на първата лекарска помощ на ранените и болните, пристигнали в полковия медицински пункт.

То се разгръща обикновено в палатката УСТ-41 (виж фиг. 24). През време на боя в него работи младши полковник лекар, който всъщност съществява лекарската помощ, подпомаган от медицински техник, санитарни инструктори и санитарни. В превъзочното отделение трябва да има необходимото имущество за даване на лекарската помощ, пре-



Фиг. 24. Палатка УСТ-41

възочна маса, която се импровизира от носилка, място за селене на леко ранените, чакащи превръзка, и пр.

Евакуационно отделение. В него ранените и болните очакват по-нататъшна евакуация. То обикновено не разполага с палатка, но се разкрива в землянка, местни постройки, блиндажи и др. Ако условията позволяват, може да бъде и на открито. В евакуационното отделение ранените и болните се подготвят за по-нататъшната евакуация, като понякога в него се поправят превръзките или имобилизациите, слагат се сърдечни средства, за да могат ранените да издържат транспортировката, и пр.

Изолатор за инфекциозно болни или съмнителни за инфекциозни болести се разгръща в палатка тип „офицерска“ или в землянка с две легла. В него инфекциозно болните или съмнителните не се задържат повече от един-два дни, като се вземат всички мерки за предпазване от разпространяването на инфекцията.

Аптека. Тя се разполага близо до приемно-сортировъчното отделение с оглед пристигащият транспорт от батальонните медицински пунктове лесно да взема необходимото имущество.

Отделение за дегазационна обработка (ОДО).

Площадка за санитарно-дегазационна обработка (ПСДП). Освен тия функционални подразделения, които се разгръщат в полковния медицински пункт, предвиждат се и площадки за настаняването на личния състав на пункта, кухнята и домакинския обект.

Откъм фронта и тила на площадката се предвиждат места за престояване на полковия и дивизионния санитарен транспорт. Задръжането на дивизионните санитарно-транспортни средства трябва да се избягва поради опасността да бъдат поразени от огъня на противника.

#### ОБЕМ НА РАБОТА И ОБЕМ НА МЕДИЦИНСКАТА ПОМОЩ НА ПОЛКОВНИЯ МЕДИЦИНСКИ ПУНКТ

Полковният медицински пункт е важен етап на медицинската евакуация във войсковия район. В него се събират всички ранени от подразделенията на полка. Понякога за един ден в полковния медицински пункт могат да се съберат повече от 200 души ранени и болни, което налага особено напрежение на силите на целия личен състав, за да може да се справи в такива случаи с работата.

На всички ранени и болни, постъпили в пункта, се попълва задължително медицинска картичка на предния район. Ранените и болните се преглеждат и при необходимост им се оказва първа лекарска помощ. През време на престоя на ранените и болните се раздава топла храна и чай и се подготвят за по-нататъшната им евакуация.

В полковния медицински пункт се оказва първа лекарска помощ на ранените и болните. Опитът от Великата отечествена война на СССР показва, че в обема на медицинската помощ, оказвана в полковния пункт, могат да бъдат включени следните мероприятия:

1. Контрол на всички превръзки и правене на нови такива при необходимост, като се спазват всички правила на асептиката.
2. Провеждане на мероприятия по предпазването от травматичния шок или борбата с него, като преливане на кръв от нулевата група или на кръвозаместващи течности, правене на новокаинови блокади по Вишневски, даване на сърдечни средства, затопляне и др.
3. Проверка на направените имобилизации и при необходимост налагане стандартни шини и шини от типа на Томас, Дитерикс и др.
4. Правене на всички видове инжекции.
5. Правене на профилактични серуми.
6. Оказване помощ на поразените от бойни отровни вещества или атомна енергия.
7. Изолация на инфекциозно болните или съмнителните за инфекциозни болести.
8. Правене на трахеотомия при необходимост и зашиване и фиксация на езика.
9. Правене на катетеризация или пункция при задръжка на урина.
10. Правене на масивна превръзка за затваряне на външната рана при отворен пневмоторакс.

11. Проверка на кръвоспиращите превръзки и тяхното сваляне. Ако кръвоносният съд, който кърви, е удобен, може да се защити с кръвоспиращ инструмент и така раненият да се евакуира по първа спешност до дивизионния медицински пункт.

Този обем на медицинската помощ в полковия медицински пункт може да се изменя, като се разшири или намали в зависимост от конкретната бойна и медицинска обстановка.

Обемът на медицинската помощ зависи от характера и вида на боя, количеството на загубите, числеността и бойния опит на личния състав на пункта и времето на престой на едно място. Така например когато броят на загубите е значителен, а освен това се налага полковият медицински пункт по-често да се премества, то обемът на медицинската помощ се съкращава, като се прави най-необходимото, за да могат ранените да изтърпят до дивизионния медицински пункт. Обратно, когато загубите са по-малко и медицинският пункт се задържа по-продължително време, то се осъществява пълен обем на медицинската помощ, като могат да се задържат по-голям брой ранени за амбулаторно лечение.

Когато полковият медицински пункт не може да осъществи по-нататъшна евакуация на ранените и болните поради прекъсването на евакуационните пътища или поради обкръжение, то той провежда разширен обем на медицинската помощ.

Полковият медицински пункт средно дневно се премества в ход на настъпателните боеве до 2 — 3 пъти. Не бива повече пъти да се мести поради опасността да не може да осъществи медицинското осигуряване на полка. Ако се премества по-малко пъти, има опасност да се откъсне от бойния ред.

Преместването на полковия медицински пункт се извършва в няколко случая — когато се отдалечи повече от 5—8 км от бойния ред, когато много се доближи до бойния ред поради преместването на войските и когато поради разместването на батальонните медицински пунктове не може да се осъществи правилна евакуация.

#### ОРГАНИЗАЦИЯ НА ЕВАКУАЦИЯТА НА РАНЕНИТЕ И БОЛНИТЕ В СРЕЛКОВИЯ ПОЛК

Евакуацията на ранените и болните от батальонните и ротните райони се извършва, като медицинската служба на полка усилва медицинските служби на батальоните с необходимото количество санитарно-носачи и при необходимост със санитарно-транспортни средства.

През време на боя за евакуацията на батальонните медицински пунктове предварително се изпращат санитарно-транспортни средства от полковия медицински пункт. Когато има възможност, ранените и болните от батальонните медицински пунктове не бива да се евакуи-

рат пеш, а със санитарно-транспортни средства или с обратно връщащия се от фронта празен транспорт. Ако не може да им се осигури транспорт, то тия ранени, които могат да вървят пеш, се организират под командването на старши и се изпращат на групи.

Организацията на евакуацията на ранените и болните от полка трябва да осигурява пристигането им в полковия медицински пункт не по-късно от три часа след нараняването им. Опитът показва, че ранените започват да пристигат първия час след започването на боя и достигат най-голям брой около втория час.

По данни от Великата отечествена война почти през цялата война в течение на първите два часа на полковия медицински пункт са пристигнали до 50 % от всички ранени. След 4-ия час на ПМП са пристигали до 85 %. Разбира се, тези цифри не могат да отразят напълно качеството на организацията на работа на медицинската служба, поради това че значителна част от ранените са пристигали с пътен транспорт или пеш. Най-добра характеристика за работата на медицинската служба за евакуацията на ранените и болните към ПМП дават данните за срока на пристигането на тежко ранените и на тия, които не могат самостоятелно да се придвижват. Така например сроковете за пристигане на ранените в ПМП в различните операции дава следната таблица:

Таблица 4

За постъпването на ранените в ПМП в различни бойни операции

Срок за доставянето на ранени и ПМП след нараняването	Орловско-Курска операция	Белоруска операция	Операция Висса-Оаер	Берлинска операция
	процент на ранените			
До 4 часа . . . . .	42,6	28,5	66,4	64,8
4—8 часа . . . . .	41,8	55,6	25	26,3
8—24 часа . . . . .	15,6	15,9	8,6	8,9

(По данни на Л. Л. Лилов)

Евакуацията от полковия медицински пункт се извършва така, че преди всичко най-напред се евакуират нуждещите се от нестложна квалифицирана хирургическа медицинска помощ. Тази група ранени и болни се евакуира към дивизионния медицински пункт или към хирургичните полеви подвижни болници от първа линия най-напред, на второ място се изпращат тежко ранените и болните, които не се нуждаят от неотложна квалифицирана лекарска помощ. Евакуацията на ранените и болните от полковия пункт към дивизионния медицински пункт става само с транспорт.

Известна част от ранените и болните, които могат да останат на амбулаторно лечение, се оставят в полковия медицински пункт. Броят на тия ранени и болни трябва да бъде ограничен поради опасността от вторични поражения, ограничаване подвижността на пункта, трудности при тяхното гледане и пр.

За цялостната работа на медицинската служба на полка стоговаря старшият полковник лекар. Той се подпомага от командира на медико-санитарната рота, който е негов пръв заместник, и от младшия полковник лекар — нещатния епидемиолог.

За правилното организиране на медицинското осигуряване на полка старшият полковник лекар трябва своевременно да вземе решение. За да вземе решение, той трябва добре да е запознат с бойната задача на полка, с решението на командира на полка, устройството на тила, санитарно-епидемичното състояние на войските, с указанията на дивизионния лекар и силите и средствата, с които разполага той.

При вземането на решение старшият полковник лекар най-напред уяснява задачата, която стои пред медицинската служба, след това разпределя времето, с което разполага, и прави оценка на обстановката. Оценка на обстановката има съществено значение за правилното решение на старшия полковник лекар и затова тя трябва да се прави достатъчно задълбочено и подробно. След оценката на обстановката той взема предварително решение по карта и провежда медицинско разузнаване. Медицинското разузнаване отнема най-много време и служи за уточняване на взетото предварително решение. След медицинското разузнаване той взема окончателно решение, което оформя във вид на схема-план и я докладва за одобряване от командира на полка.

От правилността и своевременността на взетото решение зависи медицинското осигуряване на полка. От добрата подготовка, от организационните способности на старшия полковник лекар зависи правилността на решението. Старшият полковник лекар трябва да е всестранино подготвен както по лечебните въпроси, така и по организационните въпроси на военната медицина. Само така той ще може да се справи с многобройните отговорни организационни и лечебни задачи, които стоят пред него и пред медицинската служба на полка.

#### МЕДИЦИНСКО ОСИГУРЯВАНЕ НА СТРЕЛКОВИЯ ПОЛК В ОТБРАНИТЕЛНИЯ БОИ

За отбрана стрелковият полк взема значително по-широк участък от фронта, отколкото при настъпление. След получаване на заповедта за заемане на отбрана старшият лекар на полка организира медицинското осигуряване, за която цел той взема решение.

Изучавайки и оценявайки обстановката, старшият лекар на полка определя рубежа за разгръщане на батальонните медицински пунктове и мястото на полковия медицински пункт. Тъй като при отбранителния бой има вероятност медицинските пунктове да останат на едно място по-дълго време, голяма е необходимостта да се оборудват включително и в инженерно отношение. При необходимост за оборудването на ПМП може да се изисква съдействие и на инженерната служба. Освен определянето на мястото за ПМП определя се и запасна площадка за преместване на ПМП, ако това се наложи през време на боя. Набелязват се пътищата за евакуация от батальоните. При определянето на пътищата за евакуация трябва да се осигуряват отделни самостоятелни пътища за евакуация от тези за подвоз и по възможност пътища само за медицинска евакуация. Това осигурява правилното движение на санитарно-транспортните средства и изключва вероятността за създаването на „запущалка“.

Медицинските пунктове (ПМП, БМП) се разгръщат на максимално отдалечени разстояния от бойния ред в зависимост от условията на местността и бойната обстановка. Това затруднява евакуацията на ранените от районите на батальоните и увеличава времето за пристигането на ранените в първите часове след нараняването. Затова необходимо е да се осигурят достатъчно пътища за евакуация и необходимото количество санитарно-транспортни средства.

Активната огнева дейност на противника в отбранителния бой налага медицинските пунктове на стрелковия полк да се разгръщат най-често в землянки или блиндажи, а при опасност от употреба на оръжие за масово унищожение трябва да се правят специални укрития за медицинските пунктове.

В полковия медицински пункт в отбрана трябва да се създадат условия за оказване в пълен обем на медицинска помощ на ранените, като, разбира се, винаги се изхожда от конкретната бойна обстановка.

Преди заемането за отбрана старшият лекар на полка разпределя част от силите и средствата на медицинската служба на батальоните, изхождайки от задачите, които стоят пред батальоните. Разпределението на силите и средствата трябва да бъде такова, че повечето сили и средства да се съсредоточат там, където са основните усилия на полка. Във всички случаи за отбрана старшият лекар на полка трябва да оставя част от силите и средствата в свои ръце като резерв, за да може да реагира на изменението на обстановката през време на боя.

В отбранителния район на полка се създават условия за бързо му замърсяване от продължителното стоене в него. Водонепроницаемите също могат да бъдат замърсени или при използването им, или пък да бъдат замърсени умишлено. Затова старшият лекар на полка е длъжен да организира необходимите профилактични и противоепиде-

мични мероприятия за спазването на личната и колективната хигиена и охрана на водоизточниците. Още със заемането на участъка за отбрана се определят отходните места и местата за хвърляне на отпадъците и провеждането на непрекъснат санитарен надзор на района. За да може правилно да организира медицинското осигуряване на полка, старшият лекар провежда щателно медицинско разузнаване, при което определя мястото за медицинските пунктове, пътищата за евакуация и необходимите мероприятия, които трябва да се извършат до започването на боя. При провеждането на медицинското разузнаване се обръща особено внимание на предния район, където ще се извършва извличането и изнасянето на ранените, и условията за противохимична и противовоенна защита.

Освен това старшият лекар на полка организира снабдяването на медико-санитарната рота и медико-санитарните взводове с медико-санитарно и друго имущество и прави заявка за необходимите му сили и средства до дивизионния лекар или до своя командир, изхождайки от количеството на вероятните загуби в предстоящия бой. Той определя реда за евакуация на ранените и болните и необходимите донесения, които трябва да се правят през време на боя.

Медицинското осигуряване на стрелковия полк в отбранителния бой не трябва да се организира шаблонно, а винаги трябва да се изхожда от конкретната бойна и медицинска обстановка. Мероприятията, които е необходимо да се организират по медицинското осигуряване на полка в отбрана, не са определени предварително, те произтичат от условията на бойната обстановка. Затова при всеки конкретен отбранителен бой на стрелковия полк тези мероприятия ще бъдат различни, но във всички случаи те ще се характеризират с особеностите на отбраната.

При организацията на медицинско осигуряване на стрелковия полк в отбранителния бой трябва да се отдели специално внимание на медицинското осигуряване на бойното охранение, като за тази цел се отделя част от силите и средствата на медико-санитарната рота.

След решението за медицинското осигуряване старшият лекар на полка е длъжен да запознае подчинените с него или писмено, или като проведе служебно съвещание с тях. Най-подходящ метод за съобщаване на решението е служебното съвещание, където при неясност на някои положения командирите на медико-санитарните взводове и командирият на медико-санитарната рота могат да поискат разяснения. Старшият лекар на полка е длъжен да доведе до знание своето решение и на дивизионния лекар с оглед правилната организация на медицинското осигуряване не само на полка, но и на другите полкове.

Останалото време до започване на боя старшият лекар използва за контрол на изпълнението на неговите разпоредения, а меди-

цинските звена използват това време за разкриване на медицински пунктове и тяхното оборудване.

През време на боя старшият лекар на полка се намира там, откъдето може най-добре да ръководи медицинската служба. При значителни загуби и когато бойната обстановка позволява, старшият лекар на полка може да работи в полковия медицински пункт или да оказва непосредствена помощ в БМП. Отбранителният бой най-често създава такива условия, при които старшият лекар на полка може да се отдели от командно-наблюдателния пункт и да окаже помощ на място.

#### МЕДИЦИНСКО ОСИГУРЯВАНЕ НА СТРЕЛКОВИЯ ПОЛК ПРИ НАСТЪПЛЕНИЕ

Медицинската служба на стрелковия полк осъществява своите задачи в настъпателния бой, като непрекъснато следва полка. Това движение на медицинската служба се отразява значително върху обема на медицинската помощ, която най-често е съкратена. При настъпателния бой стрелковият полк заема много по-тесен участък от фронта, отколкото при отбрана. В периода на подготовката на полка за настъпление старшият лекар на полка организира медицинското осигуряване, като определя рубежа на медико-санитарните взводове (БМП), оста на движение в дълбочината на противника отбрана и мястото на ПМП. В изходно положение за настъпление ПМП се разгръща, без да се оборудва значително. Понякога в изходно положение ПМП може да се разгъне частично или въобще да не се разгръща в зависимост от обстановката. Освен това старшият лекар на полка набелязва мястото за бъдещото преместване на ПМП. Той набелязва и пътищата за евакуация.

Обикновено времето за организиране на медицинското осигуряване на стрелковия полк при настъпление е много кратко, което налага напрегната работа от страна на старшия лекар на полка.

При настъплението медицинското разузнаване се извършва до известна степен ограничено, и то само до предния край на противниковата отбрана, ако има такава възможност. Понякога при активни действия на отбраняващия се противник разузнаването е съвсем ограничено и почти е невъзможно да се разузнае предният край. Въпреки това старшият лекар на полка трябва да се стреми на всяка цена да събере данни за санитарно-епидемичното състояние на противника и за територията, заема от него. При медицинското разузнаване се уточняват пътищата за евакуация, рубежът за медико-санитарните взводове (БМП) и мястото на полковия медицински пункт.

След оценката на обстановката и определянето на вероятните загуби старшият лекар на полка разпределя силите и средствата, ка-



то съсредоточава повече сили към батальоните, които действуват в главното направление. При настъпление е необходимо да се остави по-голям резерв от сили и средства, тъй като обстановката често се мени и само когато старшият лекар на полка разполага с достатъчно резерв, може да се справи с изникващите нужди през време на боя.

Тъй като при настъпателния бой полкът действа на територия, заема от противника, необходимо е да се проведат редица профилактични и противоепидемични мероприятия. Бойците се снабдяват с вода и на всеки от тях се раздават дезинфекционни средства за лично обеззаразяване на водата. Забранява се контактът с местно население и с пленници и използването на каквито и да било предмети, хранителни и питейни продукти. Освен това през време на настъплението отделните звена на медицинската служба на полка водят непрекъснато разузнаване на територията на противника и за най-малките съмнения за заразни болести донасят на старшия лекар на полка. Бойците се снабдяват също така с лични превъзочни пакети и противохимични пакети.

Непрекъснатото движение на бойния ред и на звената на медицинската служба при настъпателния бой налага свързките да бъдат организирани много добре. Без здрава организация на свързките старшият лекар на полка не може да ръководи медицинската служба през време на боя. Свързките могат да се поддържат чрез леко ранените, водачите на санитарния транспорт и специални курьери, но най-важното в съвременния бой остава поддържането на връзка, като се използват общовойсковите свързочни средства (радио, телефон).

През време на боя старшият лекар на полка се намира на командния пункт, откъдето може да следи развитието на боя и правилно да организира ръководството на медицинската служба.

### Глава XIII

#### МЕДИЦИНСКО ОСИГУРЯВАНЕ НА СТРЕЛКОВАТА ДИВИЗИЯ ОРГАНИЗАЦИЯ, СЪСТАВ И ЗАДАЧИ НА МЕДИЦИНСКАТА СЛУЖБА В СТРЕЛКОВАТА ДИВИЗИЯ

Дивизията е съединение от няколко части от един или различни родове войски. Стрелковата дивизия в миналите войни се е състояла от няколко стрелкови полка, артилерийски полк, сапъорен и медико-санитарен батальон, разузнавателна и автотранспортна рота и други поделения. Стрелковата дивизия е показала способност за самостоятелна дейност и за решаване сложни тактически задачи със собствени средства. Осъществяването на Първата световна война основна тенденция в развитието на дивизията е било насищането с автоматично оръжие и нейната моторизация. Това е увеличавало силата на пехотния огън и маневреността на дивизията, така необходими в съвременната война.

Началник на медицинската служба в дивизията е дивизионният лекар. Той е подчинен на началник-тила на дивизията. По основните въпроси на медицинското осигуряване често се налага дивизионният лекар лично да докладва пред командира на дивизията, когото да ориентира компетентно по разглеждания въпрос и за уточняване мероприятията, които изискват заповед по дивизията. В този смисъл дивизионният лекар по същество е помощник на командира на дивизията. По специалност дивизионният лекар се ръководи от корпусния (resp. армейския) лекар, от когото получава указания по специалните въпроси на медицинската служба и допълнителни сили и средства за работата на медицинската служба в дивизията.

По принципната организационна структура на медицинската служба всички сили и средства на медицинската служба са обединени в медико-санитарен батальон (МСБ). Командирът на МСБ е подчинен във всяко отношение на дивизионния лекар. Той му е пръв заместник и на него е подчинен целият личен състав на МСБ. Освен това дивизионният лекар ръководи по специалност старшите полкови лекари и лекарите на другите отделни части на дивизията.

Дивизионният лекар е ръководна фигура във войсковата медицинска служба. Той ръководи работата на медицинската служба във всички части и учреждения на дивизията и организира лечебно-евакуационното и противоепидемичното осигуряване. Дивизионният лекар

в своята дейност обръща достатъчно внимание на организацията на СХЗ и ПАЗ, подготовката на личния състав и своевременното снабдяване на частите и учрежденията на дивизията с медико-санитарно имущество.

През Великата отечествена война на съветските народи дивизионният лекар е играл голяма роля за осъществяване на системата „етапно лечение с евакуация по назначение“, тъй като в основата на тази система лежи своевременното оказване на квалифицирана и специализирана медицинска помощ, за която цел се извършва и евакуация по назначение, начина от дивизионното звено на медицинската служба (респ. ДМП и ХППБ — от I линия). Ето защо за подготовката на дивизионните лекари се е обръщало голямо внимание, за която цел са организирани специални курсове и създаден команден факултет във Военно-медицинската академия.

Пред медицинската служба на дивизията стоят следните основни задачи:

1. Организация на оказването на медицинската помощ във войсковите части и изнасянето на ранените, като се усилява медицинската служба на частите със санитарен транспорт, личен състав и медицински средства.
2. Евакуация на ранените и болните от войсковите части на дивизията (ПМП, БМП на самостоятелните батальони) до ДМП.
3. Оказване на квалифицирана медицинска помощ на ранените и болните и осигуряване евакуацията им по назначение, а на изпоследащите на евакуация — госпитализация и лечение в ДМП.
4. Организация на санитарно-епидемично разузнаване и противоепидемични мероприятия за нуждите на дивизията.
5. Снабдяване на частите на дивизията с медико-санитарно имущество.
6. Събиране и обработване на медико-статистичен материал за дивизията.
7. Изучаване на бойния опит и провеждане специална подготовка на личния състав на медицинската служба на дивизията.

За изпълнението на тези задачи медицинската служба на дивизията разполага с щатни сили и средства, които са обединени в МСБ. Освен МСБ в състава на медицинската служба на дивизията влизат и силите, и средствата на медицинската служба в частите и техните подразделения.

В състава на МСБ влизат лекари (предимно хирурзи), фармацевти, зъболекари, медицински техници (фельдшери), медицински сестри и санитарни инструктори. МСБ притежава санитарен транспорт и медико-санитарно и домакинско имущество. С основната част от разполагаемите сили и средства МСБ разкрива в боя дивизионния медицински пункт (ДМП) и осигурява оказването на квалифицирана

медицинска помощ и кратковременна госпитализация за тежко ранените, на които временно състоянието на здравето им не допуска транспортировка и за тези от леко ранените, които не подлежат на по-нататъшна евакуация.

Със санитарно-транспортните средства на МСБ се усилява медицинската служба на полковете и се извършва евакуацията на ранените и болните от ПМП. При недостиг на санитарен транспорт дивизионният лекар използва гравовръщащите се коли на транспорта на подвота за евакуация предимно на леко ранени. Дивизионният лекар може да използва по необходимост и транспорта на местното население.

Санитарният взвод на МСБ, чийто началник е епидемиолог и изпълнява функциите на дивизионен епидемиолог, осигурява провеждането на най-прости лабораторни изследвания и играе голяма роля по организирането и провеждането на санитарното разузнаване и провеждането на санитарно-профилактичните и противоепидемичните мероприятия във войсковия тил и такива по СХЗ. Лабораторните изследвания включват: изследванията на водата, хляба, витаминното съдържание на плодовете и готовата храна, контрол на походните кухни, клинични изследвания и пр. Противоепидемичните мероприятия освен санитарно-епидемично разузнаване включват своевременно откриване, изолация и евакуация на инфекциозно болните, ръководене мероприятията по ликвидация на епидемичните огнища във войските и пр.

Фармацевтът на МСБ е орган на медико-санитарното снабдяване в дивизията, а аптеката на същия е база за снабдяване както на подразделенията на МСБ, така и на медицинските служби на войсковите части на дивизията.

В състава на МСБ влизат и обслужващи подразделения, необходими за работата на ДМП.

Както се вижда, МСБ включва сили и средства за разкриване на ДМП, евакуация на ранените от ПМП, провеждане на противоепидемични мероприятия, усиляване на медицинските служби на войсковите части с личен състав и санитарен транспорт и снабдяване на същите с медико-санитарно имущество.

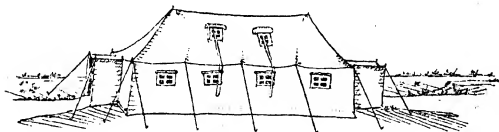
С разполагаемите щатни сили и средства медицинската служба на дивизията може да се справи при средно напрегнат бой. В случаите, когато дивизията е поставена да води бойни действия с по-голямо напрежение и особено при употреба на оръжия за масово унищожение, медицинската служба на дивизията ще има нужда от усиления с медицински състав, санитарен транспорт и медико-санитарно имущество от корпусния (армейски) лекар и от обикновен войсков транспорт и бойци за спомогателни санитарни и санитарно-сачи. Освен това за своевременно оказване на медицинска помощ и



При двупоточната система разположението на приемно-сортировъчните, превързочните и евакуационните отделения се устройва така, че леко ранените, от една страна, и средно тежко ранените и тежко ранените, от друга, се обслужват отделно, като преминават в отделен поток през отделни приемно-сортировъчни, превързочни и евакуационни отделения.

При трипоточната система освен това се разкрива и приемно-сортировъчна за болни, към която се насочват болните, и оттам в болничната палата за терапевтично болни или към евакуационната. Палатките, в които се разкрива, са УСТ-41 и УСБ-41<sup>1</sup> (виж фиг. 26).

Разпределението и отправянето на ранените и болните към съответното приемно-сортировъчно отделение се извършват от сортиро-



Фиг. 26. Палатка — УСБ-41

въчния пост (СП), който се организира при входа на ДМП от приемно-сортировъчното отделение. Средният капацитет на приемно-сортировъчното отделение трябва да бъде до 100 места с оглед да се приемат и регистрират всички постъпили ранени и болни в ДМП, като при необходимост броят на местата се увеличава чрез построяване на двойни нарове и пр. В приемно-сортировъчното отделение трябва да се определи каква медицинска помощ и в какъв ред (първи или втори) се нуждае болният и да се отнесе в съответното отделение на ДМП. В тези отделения се оказва неотложна медицинска помощ — сърдечни средства, Есмарк и пр., инжектира се противотетаничен серум на тези, на които не е инжектиран в ПМП, и т. н. Онези от ранените и болните, които не се нуждаят от медицинска помощ, се отправят направо в евакуационните отделения. За ранени и болни, за които не е била попълнена досета медицинска картичка на предния район, се попълва такава. Това са ранени и болни, които плват от разни поделения в близост на ДМП или преминали покрай ПМП.

За правилното и бързото обслужване и преминаване на ранените и болните през ДМП, особено в периода на активни бойни действия

<sup>1</sup> Установка санитарно-барачна 1941 год. — палатка за 20—40 човека (6 ред.).

и при употреба на оръжия за масово унищожение, от решаващо значение е добрата организация на сортировката, което се постига със сортировъчни марки за добра експедитивност в самите приемно-сортировъчни отделения, като ранените или болните се разпределят правилно и с най-груба сортировка се насочват според характера на заболяването и времето на постъпване към едно или друго място.

Пренасянето на ранните към другите отделения на ДМП се извършва от санитарите-носачи, определени за работа в приемно-сортировъчното отделение.

В операционно-превързочното отделение се оказва квалифицирана хирургична помощ. То се състои обикновено от превързочна за леко ранени, която се разкрива по потока на леко ранените, превързочна за тежко ранени, операционна и протившокова за потока на средно тежко и тежко ранените.

Превързочната за леко ранени се устройва в подземия, укрития, палатки и др. и е обзаведена с места за поемане едновременно на голям брой леко ранени, като освен превързочните маси се предвиждат места за обслужване ранените в седящо положение. В превързочната работят обикновено един лекар хирург, една сестра и един санитар. Обработените леко ранени се отправят към евакуационното отделение за леко ранени, а ония, които за 10—12 дни могат да бъдат върнати в строя, в командата на оздравяващите.

Превързочната за тежко ранени и операционната се устройват по правилата за операционните отделения с предоперационна (resp. предпревързочна). Трябва да се обърне внимание, че превързочната за тежко ранени по съществото на своята работа представлява също така операционна.

В операционната се отправят онези ранени, които се нуждаят от операции в кухините (корем, гърди, череп), като процентът на оперируемостта в ДМП за ранените в корем и гърди във Великата отечествена война на съветските народи е бил над 50 %, а за ранените в черепа е бил около 15 %. Това показва, че основна маса от ранените в черепа са отправяни за операция направо в съответни специализирани болници. В ДМП са извършвани такива операции само по жизнени показания. Обикновено в операционната работат един-два хирургични екипа и тя е обзаведена за извършване на по-големи операции, най-често с две операционни маси.

Средно тежко и тежко ранените с други поражения (на крайници, меки части и др.) се отправят към превързочната за такива поражения. Обемът на работа в превързочната за тежко ранени е много по-голям. В нея работят едновременно най-малко два хирургични екипа и е обзаведена с шест хирургични маси. Разположението на тези маси в определена система и организацията на работата на екипите има голямо значение за експедитивността на хирургичната ра-

бота. Един екип работи на три операционни маси. На едната раненият се подготвя за операция, на другата се оперира и на третата се превързва и подготвя за изпращане. Разположението на операционните маси може да бъде в различни варианти.

Противошоковата се обзавежда с всичко необходимо за преливане на кръв и за борба с шока. Обръща се голямо внимание на температурата на въздуха.

Заедно с оказването на квалифицирана хирургична помощ в операционно-превързочното отделение се уточняват данните на сортировката, която е направена в приемно-сортировъчното отделение. Тук лекарят хирург, след като е огледал добре пораженията на голям брой от ранените и е оказал хирургична помощ, определя от каква медицинска помощ и къде (на кой етап на медицинската евакуация, в кое учреждение) се нуждае раненият, каква ще бъде продължителността на неговото лечение и какъв ще е вероятният изход от нараняването. Той определя също дали раненият може да бъде транспортиран веднага, или е необходимо временно да се остави в болничното отделение на ДМП. На подлежащите за евакуация се уточнява в какъв ред ще се евакуират, с какъв транспорт (санитарен автомобил, санитарен самолет) и в какво положение (лежащ, слязъл).

Резултатите от тази квалифицирана сортировка се вписват в медицинската картичка на предния район, а отправянето на ранените в съответното отделение се организира чрез сортировъчните марки.

Болничното отделение се разкрива с капацитет от 50—60 места. Понякога, особено при разширяване сроковете и показанията за госпитализация на ДМП, броят на тези места се разширява. Това отделение има за предназначение в него да се настаняват и лекуват онези ранени и болни, които са нетранспортабилни и се нуждаят от временна госпитализация, докато състоянието на здравето им позволи превозването по-назад. Тук се настаняват и лекуват и болни, за които не са потребни допълнителни изследвания, специални методи за лечение.

Помещенията (укрития, палатки) за ранените и болните се обзавеждат отделно, като разпределението на ранените и болните във всяко помещение се извършва в зависимост от характера на нараняването или заболяването.

Към болничното отделение се разкрива изолатор за временна изолация на инфекциозно болните и такъв за ранените с анаеробна инфекция.

В болничното отделение обикновено работят двама лекари, няколко сестри и санитарни.

Евакуационното отделение се организира за приемане на всички ранени и болни от останалите отделения на ДМП, подлежащи на по-нататъшна евакуация. То трябва да има, както и

приемно-сортировъчното отделение капацитет за едновременно настаняване на 100 ранени и болни. Евакуационното отделение се разкрива така, че за всеки поток да има отделно място в ДМП. Потъзи начин леко ранените се разполагат отделно от средно тежко и тежко ранените, а болните отделно от ранените. На самите места за разполагане ранените и болните се групират в зависимост от предстоящата им евакуация по назначения, т. е. стремим се подлежащите за евакуация в едно и също или съседни учреждения да натоварим на едно санитарно транспортно средство.

Докато ранените чакат натоварването си и отправянето на следващите етапи на евакуацията, в евакуационното отделение се наблюдава тяхното състояние, подготвят се за евакуация и се отправят съгласно предписанието в медицинската картичка на предния район. На ранените се осигурява необходимата им почивка и храна, докато пребивават в евакуационното отделение.

Друго важно поделение е командата за оздравяване (КО). Тя е самостоятелно нещатно поделение на МСБ и влиза в състава на ДМП. Разчита се за 100 места. Командирът на МСБ отделя необходимия личен състав, лекарско наблюдение и грижи за ранените и болните в тези команди. Началник на КО е лекар, а помощникът му и командирите на подразделенията в КО са офицери от леко ранените или болните, намиращи се в тази команда. Вътрешният ред в КО е строен. Организира се задължителна бойна подготовка. С цел за трудотерапия и оказване помощ в работата на ДМП леко ранените и болните, които се намират в тази команда, се привличат за различни работи и носене на караулната служба. Разбира се, работата, която им се възлага, в никакъв случай не бива да е противопоказана за тяхното здравно състояние. В КО се изпращат тези леко ранени и болни, които не се нуждаят от болнично лечение и специални методи за лечение и могат да бъдат върнати в строй за 10—12 дни.

Броят на постъпващите ранени и болни в ДМП за едно денонощие е различен и зависи от условията на конкретната обстановка. При активни бойни действия и средно напрежение на боя в ДМП постъпват 250—300 ранени. Броят на тези ранени може да е още по-голям в съвременната война. Разпределението на ранените в самото денонощие е също така неравномерно и в някои моменти в зависимост от активността на противника при отбрана и неговото съпротивление при настъпателния бой на нашето съединение ще има масово постъпване на ранени в ДМП в кратки срокове. Тази особеност ще бъде още по-характерна за бойните действия при употреба на оръжия за масово унищожение. Ето защо характерно в работата на ДМП е необходимостта в кратки срокове да се обслужват голям брой ранени.

Постъпването на ранените и болните в ДМП става не само от собствените на дивизията части, но и от всички части и учреждения, които действуват и работят в полосата на дивизията. При по-голямо напрежение на боя, когато броят на загубите е по-голям, обикновено ДМП не е в състояние да се справи сам с всички ранени (има средна пропускателна способност за 300 души), може част от ранените да се отправят направо от ПМП към ХППБ-от първа линия. Това са хирургични полски подвижни болници, които се разкриват във войсковия тил в близост до ДМП със задача да подпомагат последните за оказване на квалифицирана медицинска помощ и осигуряване на техния маневър.

От общия брой на постъпващите в ДМП ранени около 40 % са леко ранени, 30—35 % средно тежко ранени и 20—25 % тежко ранени. От постъпващите ранени в ДМП 75—80 % се нуждаят от хирургична помощ, като процентът на средната оперируемост в ДМП е бил по-нисък. Това се дължи на обстоятелството, че част от ранените, които се нуждаят от специализирана медицинска помощ, се евакуират в съответно лечебно учреждение, без да се оперират в ДМП.

Съотношението между постъпващите ранени и болни е много колебливо в зависимост от бойната обстановка, като процентът на болните относително се увеличава в междубоевите периоди, докато в периодите на активни бойни действия процентът на ранените рязко нараства.

Мястото на ДМП в съвременната лечебно-евакуационна система е много голямо. Затова той се характеризира като най-важен хирургичен и сортировъчен център.

#### ОБЕМ НА МЕДИЦИНСКАТА ПОМОЩ В ДМП

В дивизионния медицински пункт се оказва квалифицирана медицинска помощ на ранените и болните. На всички постъпили ранени задължително се свалят всички превръзки и след прегледане се извършват необходимите хирургични манипулации. Основната хирургична работа на дивизионния медицински пункт с първичната хирургична обработка на раните. Опитът от Великата отечествена война на СССР показва, че първичната хирургична обработка на раните, ако и да се е колебала, е вземала големи размери. Така на пример през времето на разгрома на немците под Москва броят на първичните обработки в дивизионния медицински пункт за различните армии се е колебал значително, като за някои е достигал до 98,2 % от броя на ранените. Общо обаче първичната хирургична обработка на раните се е извършвала средно при 52,7 % от всички ранени. Това се дължи на обстоятелството, че не на всички ранени се прави първична хирургична обработка. На ранените, които са имали

смъртоносни наранявания, такава обработка не е правена. Известна част от ранените не са обработвани поради множество малки наранявания, а в други случаи хирургите са считали, че не е необходимо да се извършва обработка. Най-после към необработните се отнася и съвсем малък процент от ранените (около 2 %), които не са били обработени поради сложната бойна обстановка, като на тях е била оказана хирургична помощ по-късно, когато е имало възможност за това. Несъмнено има и такива случаи, на които е оказана хирургична помощ, без да е намерила отражение в документацията като съвсем малки хирургични вмешательства.

В дивизионния медицински пункт се правят операции само по жизнени показания. Ако раненият може да се евакуира в болничната база на армията, без да е застрашен животът му, то той не се оперира. Стремежът да не се оперират тежко ранените в дивизионния медицински пункт се диктува от това, че сперираните стават нетранспортабилни след операцията и това би затруднило подвижността на пункта.

При преценка за извършване на операция на ранените се изхожда от възприетото положение, че ранените в коремната област е необходимо да се оперират преди евакуацията, а ранените в черска по-правилно е да се евакуират, а след това да се оперират, защото по този начин по-възможно е да им се създаде спокойна обстановка, от която те се нуждаят. Разбира се, и при единия, и при другия случай ранените, които се оперират, стават временно нетранспортабилни и остават в дивизионния медицински пункт, докато станат транспортабилни.

В дивизионния медицински пункт се извършва и основната работа по борбата с травматичния шок. Провеждат се всички противошокови мероприятия, като кръвопреливане, предизване на кръвозаемстващи течности, новокаинови блокади, даване на кислород и други. Поради това че в дивизионния медицински пункт се провеждат всички противошокови мероприятия, то възвръщането на шокото състояние на ранените не е допустимо, след като е оказана медицинска помощ на дивизионния медицински пункт.

При хирургичната работа в дивизионния медицински пункт винаги се спазват всички изисквания на асептиката въпреки трудностите на полевата обстановка. За тази цел за стерилизация на материалите към операционно-превързочния блок се разкрива "материално-стерилизационна" в палатка или в землянка.

Ранените, които са поразени от стойки отровни вещества (миксти), както и комбинирани рани се обработват на площадката за дегазация на самия дивизионен медицински пункт (ОДО). Дегазацията обработка на поразените от БОВ в дивизионния медицин-

ски пункт има завършващ характер, след което поразените се лекуват по общите правила за болните и ранените.

Терапевтично болните и болните вследствие на поражение от нестойки отровни вещества след постъпването им в приемно-сортировъчното за болни им се дава неотложна лекарска помощ от специалиста-терапевт. Тези, които се нуждаят от по-продължително лекуване, се изпращат в евакуационното, а тези, които до 10 — 12 дни могат да бъдат излекувани, остават на лечение в дивизионния медицински пункт.

Заразно болните се изолират временно в дивизионния медицински пункт, след което се евакуират. На тези болни се оказва само неотложна медицинска помощ до евакуирането им в инфекциозната полева подвижна болница.

В дивизионния медицински пункт се лекуват нетранспортабилните през времето на пребиваването им в ДМП и на леко ранените и болните, които остават на лечение до пълното им излекуване. Лечебният режим на лежащо ранените и болните не се различава от режима в обикновените болнични отделения. По-друг е режимът на леко ранените в командата на оздравяващите, където има съчетание на лечението с работата — трудотерапия, физистерапия и стресова подготовка, с оглед след излекуването им да бъдат годни за връщането им в строя.

Обемът на медицинската помощ в дивизионния медицински пункт се изменя в зависимост от условията на обстановката. Старшият медицински началник е длъжен да укаже обема на медицинската помощ за всеки предстоящ бой. Обаче обемът на медицинската помощ на дивизионния медицински пункт независимо от бойната обстановка трябва да бъде такъв, че да осигурява спасяването на живота на ранените и да осигурява евакуацията и по-нататъшното им успешно лечение.

#### ОРГАНИЗАЦИЯ НА МЕДИЦИНСКОТО ОСИГУРЯВАНЕ НА СТРЕЛКОВАТА ДИВИЗИЯ

Дивизионният лекар организира непосредствено медицинското осигуряване на стрелковата дивизия и носи отговорност за правилното използване на предоставените му сили и средства. Той е длъжен както в периодите на активни бойни действия, така и в междубоевите периоди да предприеме необходимите мероприятия по лечебно-евакуационното и противоепидемичното осигуряване.

При подготовката на всяка поставена бойна задача на всеки бой дивизионният лекар организира медицинското осигуряване въз основа на взетото от него решение, което лежи в основата на управлението на медицинската служба в дивизията.

В дейността на дивизионния лекар в подготовката на боя значително място заема разкриването и организирането работата на ДМП. В своето решение дивизионният лекар определя района за разкриване на ДМП. Изборът на мястото (площадката) за разкриване на ДМП се извършва от разузнавателна група, възглавявана най-често от командира на МСБ. В тази група се включват представители на подразделенията от МСБ, които вземат участие в разкриването на ДМП, и работна команда за подготвителни работи.

При избор на мястото за разкриване на ДМП се изхожда от следните изисквания:

1. Да има достатъчно площ, на която могат да се разгънат всички функционални подразделения на ДМП. Както вече се посочи, при разкриването на ДМП извън населен пункт, което е по-често, тази площ трябва да бъде с размери 200—300 на 200—300 метра.

2. Мястото да дава условия за добра маскировка от въздушно и земно наблюдение, по възможност да бъде в недостъпен за танкове и пресечен район.

3. Да има подходящи пътища за движение на автосанитарния транспорт от войсковите части към ДМП и от него към армейските лечебни учреждения, като на входа и изхода на ДМП се създават пътни бримки (движение в една посока). В съвременната война евакуацията със санитарни самолети от ДМП се разширява, поради което трябва да се избира и площадка за кацане на санитарни самолети. Мястото на разкрития ДМП трябва да дава възможност за пълно използване на празновръщащите се товарни автомобили на транспорта на подвоза.

4. Да бъде малко по-встрани от основните пътища и характерни обекти, които могат да привлекат противниковия огън.

5. Да дава възможност за лесно водоснабдяване.

Разузнавателната група уточнява окончателно площадката и определя и подготвя местата (разпределя помещението) за разкриване на отделните функционални подразделения на ДМП, т. нар. трасировка на площадката.

Срокът за разкриване на ДМП може да бъде различен и зависи от подготвителните работи. Средно този срок се определя на 2 часа, но 30 минути след пристигането на подразделенията на МСБ на площадката трябва да има готовност за приемане на ранените.

За организиране на медицинското осигуряване на частите дивизионният лекар въз основа на взетото от него решение дава указания на старшите полкови лекари. Тези указания е желателно да се дават при личен контакт. Въз основа на тях ст. полкови лекари решават въпросите по медицинското осигуряване на подразделенията в полжа.



Въпросите от решението на дивизионния лекар, които се отнасят до ст. полкови лекари и командира на МСБ, се поставят пред последните чрез частни разпореждания. Определя се обемът на медицинската помощ, рубежът за разкриване на ПМП, силите и средствата на медицинската служба, с които дивизионният лекар усилява медицинската служба на полка, редът на тяхното използване и маньовърът с тях в рамките на общия маньовър на дивизията, какви противоепидемични мероприятия и с какви средства ще се проведат, откъде ще се снабдява полкът с медико-санитарно имущество и какви комплекти за бойно осигуряване му се отпускат за предстоящия бой. Освен това старшите полкови лекари се ориентират и за общата организация на работата на медицинската служба в дивизията: къде и откога ще се разкрие ДМП, ще се използва ли ХППБ от 1 линия за нуждите на дивизията, как ще се извършва евакуацията от ПМП до ДМП и пр. Старшите полкови лекари от своя страна трябва да ориентират дивизионния лекар за санитарно-епидемичното състояние на подразделенията в полка, за наличните ранени и болни за евакуация от ПМП, за състоянието на медицинските сили и средства в полка и техните възможности, за нуждите на медицинската служба в полка и пр.

Във основа на тази жива връзка и тясно взаимодействие най-добре може да се организира и подготви работата на медицинската служба както в дивизията в цялост, така и във всяка една част и подразделение. Използването на всички сили и средства на медицинската служба в частите в интерес на работата в цялата дивизия е много важен фактор за организацията на медицинското осигуряване на войските в съвременната война, която изобилствува с едновременно и неравномерност в човешките загуби и напрежението в работата.

След като дивизионният лекар даде всички необходими разпореждания на старшите полкови лекари и командира на МСБ и след като се разкрият медицинските пунктове, той трябва да се убеди по възможност лично за готовността на медицинската служба за предстоящия бой и да доложи за това по команден ред.

Със започването на бойните действия дивизионният лекар следи развитието на боя и взема всички мерки за правилното протичане на медицинското осигуряване и се намества бързо за ликвидиране на затрудненията, които се появяват. Често, особено в настъпателния бой, се налага преместване напред на ДМП, за да се съкрати пътят на евакуацията на войските да се осигуряват своевременно с квалифицирана медицинска помощ.

Преместването на ДМП се извършва след разпореждане на дивизионния лекар. При преместването не трябва да се нарушава непрекъснатостта на оказването квалифицирана помощ на ранените.

Много чести премествания също не са полезни, тъй като се намалява времето за полезна работа на ДМП.

Преместването може да се извърши едновременно или по ешелонно. Преди всяко преместване се извършва бърза евакуация на ранените и болните от ДМП. При едновременното преместване потокът на ранените се отправя или към ХППБ от първа линия, или към съседен ДМП. Нетранспортабилните ранени се пренасят към ХППБ от първата линия (ако е близо) или се оставят на същото място със съответен персонал до тяхната евакуация, като се оставя необходимото имущество за обслужването им (от ДМП или от по-горните звена).

Едновременното преместване е най-облекчено, когато на старото място на ДМП или в близост до него се разкрива учреждение на по-горните звена на медицинската служба. Това учреждение лесно поема нетранспортабилните, подлежащите за евакуация и постъпващите ранени от частите на дивизията за времето на преместването на ДМП.

Преместването по ешелонно се извършва, като ДМП се разделя на две части. Частта, която остава на старото място (обикновено болничното и евакуационно отделение, усилено с хирург и имущество), работи, докато почне приемането на новото място и потокът се обслужва докрай. Освен тези основни форми за преместването на ДМП могат да се приложат и други. Така например може да се използва ПМП на артилерийски полк на дивизията, като се усилява временно с хирург и имущество от ДМП за времето на преместването или да се използва маньовър на прескок с ХППБ от първа линия и пр. Както се вижда, начинът на преместване на ДМП трябва, за се оцени творчески във всички случаи.

## Глава XIV

МЕДИЦИНСКО ОСИГУРЯВАНЕ НА БОЙНИ ДЕЙСТВИЯ  
В ОСОБЕНИ СЛУЧАИМЕДИЦИНСКО ОСИГУРЯВАНЕ БОЙНИТЕ ДЕЙСТВИЯ НА ВОЙСКИТЕ  
В ПЛАНИНСКО-ГОРИСТА МЕСТНОСТ

Планинската местност се характеризира със сложност на планинския релеф, наличие на много препятствия, ограниченост и не-добро състояние на пътищата, гористи масиви, слаба населеност на планинските райони и променливи метеорологични условия. Тези особености на планинската местност налагат известни особености във воденето на бойните действия. Бойните действия се водят по отделни направления (по пътищата и достъпната местност) и по правило на по-широки фронтове. Работата на тила се затруднява поради ограничеността на пътищата и по-трудната проходимост на планинската местност.

Условията на планинската местност влияят чувствително на работата на медицинската служба.

Размерът на бойните загуби при бойните действия в планинско-гориста местност е относително по-малък, отколкото при действията в обикновена местност поради наличието на много естествени укрита и недостатъчната поразяемост на пушечно-картечния и отчасти артилерийския и минометен огън на противника.

Тези загуби се характеризират и със значителната си неравномерност, преди всичко по фронт. Загубите на войските, които действуват по достъпните участъци на фронта и където бойните действия се водят с по-голямо напрежение, са по-големи, докато в същото време тези на съседните части са много по-малко. Частите, които действуват на труднодостъпните направления, обикновено понасят съвсем незначителни бойни загуби.

Неравномерност в загубите в планинско-гориста местност може да се получи и в резултат на резки промени в метеорологичните условия, като масови измръзвания в едно направление поради внезапни снежни бури и пр.

Характерен е в това отношение примерът с лявата колона на генерал Гурко в 1877 г. при преодоляване хребета на Стара планина на 23. XII. 1877 г., която попадна под въздействието на снежна буря в района на височината Баба, загубва  $\frac{1}{3}$  от личния си състав —

около 815 души, вследствие на измръзване и бива принудена да се върне в Етрополе.

В планинско-гориста местност нарастват средно тежките и тежките наранявания, тъй като преобладават осколочните поражения и пораженията от парчета от каменен произход. Това увеличава процента на ранените, които се нуждаят от специализирана медицинска помощ.

Небойните загуби за разлика от бойните се увеличават. Увеличава се броят на небойните травматични увреждания поради честите каменопади, лавини и наранявания при падане по труднодостъпните участъци. Увеличават се и заболяванията вследствие резките колебания в температурата и намаляване кислорода във въздуха. Най-чести и характерни заболявания са: простудните, стомашно-чревните, измръзванията, слънчевите изгаряния, снежната слепота, планинската болест и др.

Условията на планинско-гористата местност и начинът на водене на бойните действия, общо взето, затрудняват работата на медицинската служба, но в някои моменти влияят благоприятно.

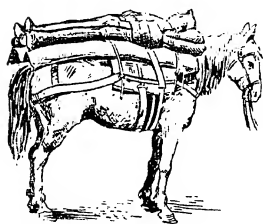
Благоприятен момент за медицинската служба са обилните естествени укрита и гористи масиви, които осигуряват добра маскировка и относителна безопасност при изнасянето на ранените от бойното поле. Те дават възможност за приближаване етапите на медицинската евакуация към бойния ред. Така например при действията на Съветската армия на Керченски полуостров към края на декември 1943 г. ДМП са се разполагали на 3—4 км от предните бойни подразделения на обратните скатове на планините. По-голямата стабилност на фронта в планинските райони дава възможност за разширяване на обема на медицинската помощ на етапите на медицинската евакуация и за работа на медицинската служба в условия на относително по-голяма стабилност.

Условията на планинската местност и начините на водене на бойните действия в тях затрудняват в по-голяма степен работата на медицинската служба, като се затрудняват наблюдението на бойното поле, търсенето и изнасянето на ранените и тяхната евакуация.

Наблюдението на бойното поле и търсенето на ранените по него е затруднено поради силно пресечения характер на местността, наличието на гористи масиви, долове, пукнатини и пр. Това налага бойците да са добре подготвени за самопомощ и взаимопомощ и да се прилагат различни способи за търсене на ранените (санитарни гребла, санитарни кучета и др.). За по-лесното откриване на ранените е необходимо ротните санитарни да са в непосредствена близост до бойния ред или да работят в самия боен ред, така че да могат да наблюдават за всеки ранен.

Извличането на ранените е затруднено. Често се прибегва до шперплатовите влечила, влечила от вършини и пр. За изнасянето на ранените се използва щафетен способ, като санитарно-носаческите звена се разпределят на отделни постове, разстоянието между които не трябва да е повече от 15—20 минути път. Съставът на носаческите звена е по-голям (до 4 души), което изисква отделянето на повече спомогателни санитарно-носачи, с които трябва да се води тренировка за работа в планинска местност.

За изнасянето на ранените се използват различните товарни животни, като коне, магарета и мулета. Тези животни са най-удобни поради своята издръжливост и непретенциозност. Изнасянето може да стане на един кон, като се използва специалната Басмаческа носилка (вж. фиг. 27), или при използването на два коня и носилка (вж. фиг. 28).



Фиг. 27. Басмаческа носилка и натоварен на нея ранен

Постовите за санитарен транспорт обикновено се изнасят колкото се може по-напред, за да се облекчи работата на санитарно-носачи и да се осигури своевременното постъпване на ранените по етапите на медицинската евакуация.

Товарният и коларският транспорт са основни евакуационни средства във войсковия тил. Трябва да се има предвид, че където пътищата и местността позволяват, особено по важните направления, широко се използва и автомобилният транспорт.

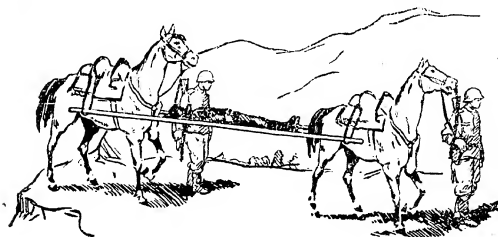
Освен санитарния транспорт за евакуация на леко ранените, а понякога и на средно тежко ранените широко се използват празновръщачите се средства на транспорта на подвоза и транспорта от местното население.

Характерен пример за използване на транспорта на местното население са действията на Първи гвардейски народноосвободителен полк при боевете му срещу немците в района на Бояновец през м. ноември 1944 г. Евакуацията е била организирана „през себе си“ с планински волски двуколки на местното население, с които

за два дни са евакуирани успешно над 120 ранени до пункта за квалифицирана медицинска помощ в село Кленике.

Поради различната проходимост на отделните участъци от планинския евакуационен път често се налага редуване пренасянето на носилки с превозването на конен и автомобилен транспорт в най-разнообразна последователност.

На местата, където ранените се претоварват от един на друг вид транспорт, се организират санитарно-претоварни пунктове със



Фиг. 28. Изнасяне на ранен на носилка с два коня в планинско-гориста местност

следните задачи: претоварване на евакуираните от един вид транспорт на друг, проверка на състоянието на евакуираните и оказването на медицинска помощ, регулиране движението на различните видове санитарен транспорт, защита на евакуираните от лошо време и студ.

Евакуацията в планинско-гориста местност се организира по основния вид — „към себе си“. Често обаче се налага евакуация и „от себе си“ или „през себе си“ в зависимост от проходимостта на местността. По-често явление ще е и евакуацията към медицинските пунктове на съседни части и съединения.

Освен това евакуацията трябва да става по добре разузнати и подготвени пътища и при възможност на светло. За нощната евакуация е необходима по-щателна подготовка.

Освен това поради трудностите в евакуацията разстоянията, на които трябва да се разкриват медицинските пунктове, се разчитат не в километри, а по времето, за което ранените трябва да постъпят в даден медицински пункт. Така например във Великата отечествена война на съветските народи батальонните медицински пунктове са разкривани на разстояние  $\frac{1}{2}$  час, полковият медицински пункт — на 1 до  $1\frac{1}{2}$  часа движение от предния край на отбраната, а дивизион-

ният медицински пункт — на 1 до 2 часа движение от полковия медицински пункт. По този начин основната част от ранените е постъпвала в БМП след 2—3 часа, на ПМП след 3—4 часа, а на ДМП след 6—8 часа от момента на нараняването.

Това се постига често с разкриване на медицински пунктове на максимално доближени разстояния, използвайки условията за укриване, които дава планинско-гористата местност.

БМП се разкриват често в непосредствена близост до бойния ред. ПМП и ДМП се разкриват близо до пътищата, които водят от по-предните етапи.

Площадките за разкриване на медицинските пунктове се избират в подножието на склоновете, на обратните скатове, като се избягва да бъдат непосредствено до основните пътища за полвоз, на брега на река и в населени пунктове по основните комуникации.

В планинска местност по-често се отделят части и подразделения за действие на самостоятелни направления и предни отряди.

Стрелкови полк, действащ в самостоятелно направление, може да се обезпечи с квалифицирана медицинска помощ чрез разделяне дивизионния медицински пункт на две или чрез усилване на полковия медицински пункт със сили и средства на медико-санитарния батальон за оказване неотложна квалифицирана медицинска помощ.

По същия начин се осигуряват с първа медицинска помощ и самостоятелно действащите стрелкови батальони, като най-често в тях се изпраща лекар. При разделяне на медицинските пунктове те трябва да бъдат усиляни от по-горното звено.

Разположението на медицинските пунктове трябва да дава и добри условия за организиране на охраната и отбраната на същите. В планинско-гориста местност полесно проникват в тила противникови диверсантски групи и отделни подразделения.

В планинско-гориста местност голямо значение добиват общо-профилактическите мероприятия. Те се насочват към предпазване на личния състав от простудни заболявания, планинска болест, замръзвания и др. характерни за планинската местност заболявания. За тази цел особено внимание се обръща за подготовката, тренировката и аклиматизацията на войските за действие в планинска и особено високопланинска местност.

При действие зимно време в планината е много важно да се предвидят топли дрехи, да се вземат мерки за сушене на партерките и пр.

Храненето се организира с оглед увеличаване на калорийността на храната, доставянето на пресни и витаминозни продукти, топла храна и пр. Водоизточниците се вземат под непосредствен контрол на медицинската служба.

Медицинското имущество, с което са снабдени подразделенията на медицинската служба, трябва да се разчете така, че да може при необходимост да се пренася на ръце. Това важи особено за медико-санитарното имущество на медико-санитарния взвод и до известна степен на полковия медицински пункт.

Управлението на медицинската служба в планинско-гориста местност се усложнява и затруднява. При организиране на медицинското осигуряване медицинските началници трябва да се съобразяват с особеностите за работа в планинска местност и да провеждат специална подготовка на личния състав на медицинската служба за работа в такива условия.

#### ОСОБЕНОСТИ НА МЕДИЦИНСКОТО ОСИГУРЯВАНЕ НА БОИ В ГОЛЯМ НАСЕЛЕН ПУНКТ

От военна гледна точка населените пунктове имат значение като място за разполагането на войските и като обекти на боеве.

Историята дава много примери на боеве за населени пунктове, и то най-вече на градовете. В древността войните въобще са се водили за градовете като място, където са били струпвани материалните и културните приливи на даден народ. През годините на Великата отечествена война има редица примери на упорити борби за големи населени пунктове. В първите години на войната градовете, като Севастопол, Одеса, Ленинград и Сталинград, влязоха в световната история като градове-герои.

Борбата за крупните населени пунктове се съпровожда винаги с улични боеве. Боят за овладяването на всяка отделна улица се свежда главно към борба за всяко отделно здание, група от здания или квартал.

#### Медицинско осигуряване на боя в населен пункт

Организацията на медицинското осигуряване на бойни действия в населен пункт, особено големите, се определя от наличието на голяма разпокъсаност на действащите войски на отделни гарнизони и групи, сложността в издирването на ранените, затрудненото им изнасяне, а много често и извозването им, бързата и рязка промяна на бойната обстановка, което често пъти води до големи трудности в медицинското и бойно осигуряване.

Бойните травми, получени в населените пунктове, са най-често отломъчни (осколочни) наранявания, като много често се срещат различни видове контузии и повреждания поради срутането на стени, разкъсани рани, изгаряния от огнехвъргачките и пожари и електро-травми.

Разположението на войските в населените пунктове изисква особени мерки за противоепидемичното им осигуряване. Особено внимание се обръща на медицинското разузнаване, контрола за използването на местните и трофейните продукти, организацията на храненето на войските, които са изолирани или обкръжени в отделни гарнизони, използването на местни подръчни средства за санитарна обработка на личния състав и др.

В редки случаи при продължителна отбрана на определена войска част значителна трудност представлява водоснабдяването на тая част. Голяма трудност представляват организацията на личната хигиена на бойците и мерките по предпазване на постройките и територията от замърсяване. Трудно се провеждат и мерките по ограничаването на контакта на бойците с неевакуираното местно население особено през зимата или при неблагоприятни метеорологични условия.

За правилното осигуряване на водоснабдяването в градовете се създават бригади от местното население или войници за възстановяването на повредените водопроводни инсталации. Когато някой град ще трябва да премине към продължителна отбрана при обкръжение, трябва да се вземат мерки по създаването на запаси от вода. Необходимо е също така да се вземат мерки за построяването на примитивни бани и дезинфекционни камери в тия градове освен съществуващите, тъй като последните не ще са достатъчни.

При бой в населен пункт, известна част от който вече е заета от противника, трябва да се обърне особено внимание, от коя страна идва потокът на водата. Ако този поток идва от страната на противника, то трябва да се забрани ползуването на водата от канализацията, а такава да се взема от кладенците или други източници. Тази мярка се налага поради голямата опасност противникът да зарази водата.

Поради наличността на голям брой разделени едно от друго подразделения при организирането на медицинското осигуряване трябва да се предвидят резерви от личен състав на медицинската служба и запаси от медицинско имущество, особено от превъзочни материали. Тук особено значение придобива предварителната подготовка на войниците и офицерите за оказване на самопомощ и взаимопомощ. Медицинската служба на атакуваните щурмови групи и особено отряди се усилява със санитарни, санитарни инструктори, а понякога и с медицински техници и лекари при съответното имущество.

Издирването на пострадалите при бой за населен пункт е извънредно трудна и отговорна задача за медицинската служба. Ранените могат да се намират в цели или разрушени здания, балкони, тераси, под развалините и срутените стени, в сутерените, таваните, в блиндажи със затрупани изходни врати, канализационни тръби, в парко-

вете и зелените насаждения. В тия условия издирването на ранените се провежда по пътя на отглеждане на мястото, където могат да се открият ранените, за която цел се създават специални издирвателни групи (претърсвачи) от щатни и спомагателни санитарни. В тия групи може да се включат и бойци.

Извънредно важно е означаването на местата, където се намират ранените, което става с превързването на парче бинт на балконите, на водосточните тръби, на държките на вратите и пр. Много важно е и установяването на сигналите за извикването на санитарите-носачи. За извличането на затрупаните в мазетата и сутерените ранени се използват сапърите.

Изнасянето на ранените от местата на тяхното сгрупиране до най-близкия батальонен медицински пункт или пост на санитарния транспорт се затруднява доста от невъзможността да се използват улиците или други открити места, които обикновено се намират под непрекъснатия обстрел на противника. Най-често изнасянето се осъществява по скрити от наблюдението на противника пътища, по задните дворове, през къщите, като се използват прозорците или пробивите в стените. За прибирането на ранените от открити места (улицы, площи и зелени насаждения) се прибегва към огнево прикритие или димопускане.

Извозването на ранените със санитарния транспорт се затруднява от сруванията и задръстването на улиците, от висещите и изпокъсани различни улични проводници. Големите улици и площади почти винаги се намират под непрекъснатия огън на противника даже и през нощта, което ги прави невъзможни за използване. По улиците често пъти има пожари, което кара санитарния транспорт да ги заобикаля. Старите градове, строени без всякаво благоустройство, саобилствуват с множество тесни, пресечени и криволичещи улици, из които трудно се разминават два реда коли, а и много често поради непознаването на града може да се обърка посоката и да се тръгне към противниковата страна. Затова водачите на санитарния транспорт трябва добър и подробно да се инструктират за пътищата на евакуация, а по улиците, по които ще преминава санитарният транспорт, да се поставят бели стрелки, показващи посоката на движение.

Изменчивостта на бойната обстановка, постоянната въздушна и пожарна опасност принуждават да се стремим към бързото извозване на ранените извън пределите на населения пункт.

Медицинските пунктове, намиращи се в пределите на града, се разполагат най-често в сутерените на големите здания, надеждни блиндажи и в други по-добри подземни скривалища. Тия скривалища и сутерени трябва да бъдат осигурени с по два входа и в противоположно отношение.

Разстоянията между отделните етапи на медицинската евакуация са чувствително съкратени. За това способствува тясното поле на действие на войсковите части и наличието на успоредни на фронта улици и пресечки, прикрити от страна на противника със здрави и масивни здания.

В стрелковата рота като правило се организира ротен медицински пост, където ранените, събрани и сгруппирани, очакват санитарния транспорт. Санитарният транспорт в зависимост от конкретната обстановка понякога може да се доближи непосредствено до бойната линия. В условията на градския бой понякога е напълно възможно да се използва автотранспортът даже и от ротните медицински постове. Но в някои случаи, ако разрушенията на града са големи, почти е невъзможно да се използват както автотранспортните средства, така и конският санитарен транспорт. В такива случаи само носилката остава като единствено транспортно средство, което може да се използва.

Обикновено в пределите на населените пунктове се разкриват батальонните медицински пунктове и полковият медицински пункт. Дивизионният медицински пункт е по-целесъобразно да се разкрива извън населените пунктове в обикновените разстояния. При затруднена евакуация от града през деня в крайните на градовете се разполагат само предните ешелони на медико-санитарния батальон със задача да оказват помощ по жизнени показания и да поставят на легло нетранспортабилните. Когато се предвижда бой в обкръжение или опасност от прекъсването на евакуационните пътища, то дивизионните медицински пунктове се разкриват в пределите на населените пунктове. В боеве за големи населени пунктове е целесъобразно да се използват наличните медицински учреждения и местните медицински работници за настаняването и лечението на ранените бойци.

При подготовката на настъпателните боеве в големи населени пунктове медицинският началник трябва да набележи и съгласува със съответния щаб пътищата за евакуация, да се отдели специално внимание на шурмовите и атакуващите отряди, като бъдат снабдени с имущество и подсилени с допълнителни санитарни, санитарни инструктори, а при необходимост и с медицински техник. Необходима е добра и подробна инструкция на санитарите и санитарите-носачи за реда на тяхната работа, сигналите, които ще се използват за извикване, и пр.

При организирането на отбрана на определен населен пункт началникът на медицинската служба има възможност да проучи града не само по карта, а и при личното наблюдение. При провеждането на разузнаването той определя най-скритите пътища за извозване на ранените, подбига най-удобните места за батальонните медицински пунктове и поста на санитарния транспорт и пр. Обръща внимание за

пълното разгръщане на полковия медицински пункт и неговата готовност в противовъздушно и противохимично отношение, създаването на запаси от имущество, вода и постилъчни материали. По улиците се поставят ясни знаци за показване пътя към съответните медицински пунктове. Специално внимание се отделя на части и подразделения, които се намират в такива части на града, където може да се наложат да воюват в обкръжение.

Добрата организация на медицинското осигуряване на бой в населен пункт може да се осъществи само при добра подготовка, добро разузнаване на условията, в които има да се работи, и старателна предварителна подготовка на медицинската служба.

#### МЕДИЦИНСКО ОСИГУРЯВАНЕ НА МАРШ И СРЕЩЕН БОЙ

През време на бойни действия на войските често се налага прегрупиране и придвижване от едно място на друго с цел да бъдат доведени до определените за тях райони. Това придвижване на войските до определена цел наричаме марш. Извършването на марша трябва да става в определено време, като войските пристигат в заповедания район в пълна готовност за бой. За да може да се осигури пълната боеспособност на войските при извършването на марша, войските трябва да имат съответна подготовка, а през време на марша трябва да се съблюдават редица правила.

Организирането и провеждането на медицинското осигуряване на марша трябва да бъде такова, че бойците, пристигнали на заповеданото място, след извършването на марша да бъдат с напълно запазени сили. Запазването на силите на бойците през време на марша се постига, като се вземат всички необходими мерки преди започването на марша и през време на неговото провеждане. Мероприятията, които се провеждат от медицинската служба, са в унисон с разпоредбите на командването.

Освен необходимите хигиенни мероприятия, които провежда медицинската служба, необходимо е и провеждането на редица мерки по запазването на войските от въвеждане на инфекция, както и мероприятия по оказването на медицинска помощ на ранените и болните и тяхната евакуация.

Работата на медицинската служба по организирането на медицинското осигуряване на марша се извършва в три етапа: подготовителния период, през време на марша и при среща с противника (срещен бой).

След получаването на заповедта, че на войските предстои марш, медицинският началник организира в подготовителния период подготовката на медицинската служба и на войските за извършването на марша. Началникът на медицинската служба взема решение по орга-

низирането на медицинското осигуряване на марша и срещния бой, ако такъв се предвижда.

**Подготвителен период.** Целият личен състав на войската се преглежда с цел да се установи кои не могат да извършат марша. Тези, които не ще могат да участват в марша поради неблагоприятно физическо или здравословно състояние, се оставят в тиловите подразделения да извършат марша с товарния транспорт или въобще се освобождават от марша, като се изпращат в задните етапи на медицинската евакуация.

Извършва се основен преглед на облеклото, обувките и стъкмяването на бойците, като се обръща внимание в зависимост от годишното време и характера на марша на дрехите и на снаряжението да бъдат добре прогонени. Ако дрехите и снаряжението на бойците не са удобни — тесни или много широки, то те непременно трябва да се сменят. Сменяването става поради опасността да се получат охлузвания и натъртвания, които могат да станат причина за изваждането на боена от строя.

Особено внимание се обръща на състоянието на обувките. Осъществяването на марша до голяма степен зависи от състоянието на обувките. Те не бива да бъдат съвсем нови и боецът да ги обуе в навечерието на марша, тъй като новите обувки непременно ще парят краката на боца. Ако обувките са нови, то боецът трябва да ги носи поне един-два дни, като за правилното им прогонване те трябва да се намократ и да останат на краката на боца до изсъхването им. За запазването на краката от нараняване важно значение има навиването на партерките. Преди започването на марша краката се измиват хубаво със студена вода и се навиват нови и чисти партерки.

Само правилната подготовка на бойците преди похода ще ги запази от поражения от страна на облеклото, обувките и снаряжението.

Преди започването на марша задължително се извършва проверка на окомплектоваността на личния състав с лични превъзочни пакети.

Ако е необходимо, в зависимост от санитарно-епидемичното състояние на района, в който отиваме, се провеждат препазни имунизации и вакцинации.

За запазване силите на бойците през време на марша необходимо е в подготвителния период и по-специално преди марша да се проведе контрол за правилния хранителен и питеен режим на войските. Така например не бива да се разрешава тръгването на поделенията в марш веднага след нахранването. Храната, която ще приемат бойците преди тръгването на марш, трябва да е достатъчно калорична и богата на витамини в зависимост от напрежението, което имат да извършат. През зимата храната трябва да е богата на мазнини,

а през лятото при голяма горещина да се дава повече сол с храната или отделно на всеки боец.

В подготвителния период медицинските пунктове трябва също да проведат редица подготвителни мероприятия. Всеки медицински пункт, участващ в марша, трябва да се освободи от ранените и болните, намиращи се в него, като ги евакуира в най-близкото медицинско учреждение. Медицинските пунктове трябва да се освободят от излишното имущество и снаряжение, особено тежкото такъв, което ще затрудни неговото придвижване, в същото време трябва да се снабди с достатъчно медико-санитарно имущество за празното осигуряване на войските.

Провежда се медицинско разузнаване на маршрута с цел да се изясни санитарното състояние на районите, през които ще се мине, и по-специално на местата, определени за почивки, нощувания или дежурвания. При провеждането на разузнаването се изяснява състоянието на пътищата, наличието на водоизточници по маршрута и тяхната използваемост и санитарно-епидемичното състояние на населените пунктове, през които ще се мине. Уточняват се местата, в които ще се разгнат медицинските пунктове при евентуална среща с противника, и се определя кои пътища ще се използват за евакуация на ранените и болните. Освен това ако в населените пунктове по пътя на марша има медицински учреждения, проверява се доколко те могат да бъдат използвани за евакуация на ранените и болните в тях.

В решението на началника на медицинската служба по организацията на медицинското осигуряване трябва да залегне разпределянето на силите и средствата по клонон, като се обръща специално внимание на авангардните части и подразделенията, движещи се самостоятелно. Това разпределение на силите и средствата не бива да нарушава готовността на медицинската служба при необходимост да разгъне медицински пункт.

След цялата тази подготвителна работа на медицинската служба и наличността на решение на медицинския началник тя е в състояние да обезпечи в медицинско отношение войските.

През време на марша медицинските подразделения се движат зад своите части. При движение на войските се следи за правилното редуване на движението с почивките.

Първата почивка от 10—15 минути трябва да се даде през втората половина на първия час. Тази почивка е предназначена да могат бойците да поправят облеклото си, обувките или снаряжението си, ако някой е забелязал, че то му е неудобно. След това почивките се редуват, като на всеки час се дават средно 15 минути почивка. При преминаването на половината от денонощния преход (около 16 км) на войските се дава голяма почивка от няколко часа. През време на голямата почивка на бойците се поднася топла храна. Когато маршът



трае повече дни, то след втория-третия ден от марша се дава един ден почивка.

Освен контрол по движението на войските през време на марша се следи и за състоянието на бойците в самите колони. Така например през зимата бойците се наблюдават за избягване на измръзвания, а през лятото — за топлинен или слънчев удар.

За избягване на измръзвания или прегрявания необходимо е релсите в колоната да се сменят, като тия, които са били най-отпред и отстрани, да минат в средата и в тила. При откриването на такива бойци, които не могат да продължат марша, те се изваждат от колоната и в зависимост от състоянието им или се предават на транспорта на поделението за возенето им, или се отправят към медицинския пункт за лечение.

При избирането на място за почивки през време на марша трябва да се спазват редица условия. През лятото мястото за почивка не трябва да бъде влажно, да не духа, да не е на открито и да има „шарена“ сянка. При спирането на почивка органите на медицинската служба трябва да проведат контрол да не се пие вода веднага след спирането, а това да стане след известна почивка.

В зимни условия мястото трябва да бъде защитено от ветровете. Ако е много студено, то при малките почивки е целесъобразно да се провежда активна почивка, а големите почивки да се правят в населените пунктове, като се вземат всички противоепидемични мерки и мерки за предпазване от въшливост.

Лечебно-евакуационното осигуряване през време на марша се осъществява, като първата помощ се дава от личния състав на медицинските служби на подразделенията, след което раненият се евакуира в най-близките медицински пунктове, ако по маршрута има такива. За евакуацията на ранените и болните могат да се използват и местни лечебни учреждения, ако има такива, но за това трябва да има съответни разпореждания. Понякога се налага ранените и болните да се оставят отстрани на пътищата с медицински персонал, да се чака пристигането на транспортните средства от по-горните звена на медицинската служба, която поема евакуацията им.

Ако по маршрута няма етап на медицинската евакуация, който може да се използва от войските, които извършват марша, и разстоянието на марша е по-голямо от 15–30 км, за оказването на медицинска помощ в такива случаи се разгръща временен медицински пункт (ВМП). Сили и средства за разгръщането на временния медицински пункт се отделят от медико-санитарния батальон на дивизията или се използват медицинските подразделения на придадените части. Най-често временните медицински пунктове се разгръщат на такива места, където се събират пътищата на няколко маршрута или има напречни пътища. След преминаването на колоните временният

пункт се съгва, след като е евакуирал ранените, и тогава догонва своите части.

При разгръщането на временен медицински пункт е необходимо да се известят своевременно частите и медицинските служби за мястото и времето на разгръщане и кои пътища да се използват при евакуацията.

Когато при извършването на марша се срещне противник и се завърже бой, тогава се разгръщат и медицинските пунктове за оказване на медицинска помощ. Медицинските пунктове разгръщат своите пунктове по общите правила, като се съобразява, че срещният бой е краткотраен, силно напрегнат и се води с голяма маневреност. Това налага медицинските пунктове да се разгръщат на по-големи разстояния и обемът на оказването в тях медицинска помощ да се съкрати за по-бързото освобождаване на пунктовете от ранените и след свършването на боя да следват войските.

За да може правилно и своевременно да се проведе лечебно-евакуационното осигуряване на срещния бой, необходимо е още при организацията на медицинското осигуряване на марша да се предвиди, че ще има срещен бой, и да се набележат вероятните рубежи за среща на противника и рубежите и местата на медицинските пунктове, както и пътищата за евакуация.

Организацията на медицинското осигуряване на марш, който се провежда при особени условия — нощем, зима, гористо-планинска местност и др., се осъществява, като се спазват всички изисквания, които произтичат от тези условия. В такива случаи се вземат специални мерки за запазването на здравето и боеспособността на войските.

При извършването на марша в съвременна обстановка на боя освен общите правила за провеждането на марша необходимо е да се вземат мерки за санитарно-химична, противогатмна и противобактериологична защита.

Управлението на медицинската служба при марша е извънредно трудно, поради това че подразделенията на медицинската служба са разсредоточени по колоните. Затова началникът на медицинската служба е необходимо да осъществява ръководството с кратки разпореждания, които своевременно да се довеждат до знание на подчинените. Това се постига, като се осигури непрекъсната връзка, от една страна, с подчинените медицински служби, а, от друга — с медицинските пунктове и учреждения по маршрутите, както и поддържането на връзка с гражданските медицински учреждения, които могат да бъдат използвани. С гражданските медицински служби трябва да се поддържа връзка не само за използването на медицинските учреждения, но и за получаването и на сведения за санитарно-епидемичното състояние.

Поддържането на редовна връзка през време на марша се осъществява чрез общовойсковите свързочни средства и чрез леко ранените и най-вече чрез специалните куриери.

Медицинското осигуряване на марша е доста трудно, като се има предвид разнообразието на мероприятията, които трябва да се проведат от медицинската служба. Това налага всички медицински работници да бъдат добре запознати с хигиената на марша и организацията на медицинското осигуряване.

Освен това за запазването на боеспособността на войските при извършването на марша освен подготовката, която се извършва от медицинската служба и командването, необходимо е и бойците да бъдат добре тренирани за извършването на такова движение. Особено трудно е провеждането на медицинско осигуряване на ускорен марш, където още по-добре и по-точно трябва да се спазват всички изисквания за правилното провеждане на марша.

#### МЕДИЦИНСКО ОСИГУРЯВАНЕ НА ВОЙСКИТЕ ПРИ ФОРСИРАНЕ НА РЕКА

Реките, особено големите, са естествени препятствия, които често се използват от отбраняващата се страна за усиление на отбраната. В зависимост от големината на реката, бързината на нейното течение, характера на бреговете ѝ и на дното ѝ тя може да бъде по-голямо или по-малко препятствие.

Историята дава многократни примери за това, че реките все пак не са непреодолими препятствия. Има много примери от далечната и близка история за успешно преминаване на реки при настъпателни боеве.

Настъпление с форсиране е един от сложните видове настъпателни боеве и изисква особено старателна подготовка. В подготовката се включва разузнаването на реката, подстъпите към нея, хидротехнически съоръжения по нея, системата на отбрана на противника по реката и др.

При форсирането на реката е необходимо да се вземе под внимание не скоростта на прехвърлянето през нея, а доколко мястото на прехвърлянето е уязвимо за артилерията и авиацията на противника. При заемане на достатъчен плацдарм на противоположния бряг възникват редица трудности по снабдяването на преминалите войски и оказването на медицинска помощ. Най-удобни за форсиране са ония участъци на реката, в които отбраната на противника е слаба и където противникът не очаква активни бойни действия.

Удобни за прехвърляне са онези участъци от реките, където брегът е доста укрит от въздушното наблюдение на противника, където брегът откъм настъпващия е по-висок от отсрещния, където има на-

личност на скрити подстъпи за настъпващия, брод, острови и места за струпане на переправочни материали.

Форсирането на река може да се извърши чрез планомерна подготовка при непосредствено съприкосновение с противника или с ход при преследване на противника или при развитие на настъплението. Когато има възможност за предварителната подготовка на форсирането, провеждат се редица мероприятия по подготовката на прехвърлянето, а непосредствено преди извършването се провежда мощна артилерийска и авиационна подготовка.

При форсиране с ход настъпващите войски със своите предни отряди се стремят да прехвърлят реката, без да се спират и да не позволят на противника да организира отбрана на срещулежащия бряг.

До голяма степен успехът на форсирането зависи от внезапността. Това налага прегрупирането на войските да се извършва само през нощта или още в ход към реката. Много често, за да се отслаби наблюдението на противника на определен участък, се провеждат демонстративни и лъжливи переправи на други участъци. Обикновено форсирането започва през нощта, на разсъване или под прикритието на димни завеси. Когато настъпващите войски разполагат с речни военни флотилии, то те се използват за съдействие на настъпващите войски, за унищожаването на корабите на противника, за извършване на тактически десант, за очистването на реката от мини и най-после за пренасянето на войските на отсрещния бряг.

При форсирането на река медицинското осигуряване на войските е съпроводено с редица трудности. Тези трудности произтичат от: широкия фронт на действие на войските на мястото на переправата; дълбоко разположение на войските на нашия бряг; неедновременност на включване в боя на войските на противоположния бряг; необходимост от прехвърлянето на медицински работници на отсрещния бряг заедно с предните подразделения, заемащи плацдарм; трудности в евакуацията на ранените на отсрещния бряг, които трябва да се прехвърлят през реката, но не по переправата, по която се пренасят войските; голяма трудност при преместването на етапите на медицинската евакуация поради водната преграда; ограничена възможност за осъществяване на връзка между прехвърлените на отсрещния бряг медицински работници и етапи с останалите на отсрещния бряг. Тези особености изискват особено здрава организация на медицинското осигуряване при форсиране на река.

При вземането на своето решение началникът на медицинската служба трябва да организира медицинското осигуряване в периода на подготовката на форсирането, във време на самото прехвърляне, през време на боя за удържане и разширяване на плацдарма. При организирането на медицинското осигуряване на форсирането трябва да се

обмисли и добре да се организира прехвърлянето на ранените от отсрещния бряг, да се организира прехвърлянето на подразделенията на медицинската служба, а също така да се провежда непрекъснато медицинско разузнаване в района на съсредоточаване, изходния район и на освободената от противника територия.

В основата на решението на медицинския началник за медицинското осигуряване на войските при форсиране трябва да стои стремежът за запазването на достатъчно сили и средства на медицинската служба, неразгнати на отсамния бряг, които да имат готовност всеки момент да бъдат прехвърлени на отсрещния — да се разгнат и да започнат работа по медицинското осигуряване на войските.

За осигуряване на войските в момента на самото преминаване през реката, а така също за прехвърлянето на ранените от отсрещния бряг на нашия се разкрива медицински пункт на переправата (МПП). Ако този пункт е временен поради самия характер на прехвърлянето, то в него обикновено работи медицински техник. Ако переправата е постоянна или по-продължителна, то до нея се разкрива пункт, в който работи лекар.

Медицинският пункт на переправата има задачата да даде първа медицинска помощ на ранените на самия бряг или прехвърлени от отсрещния; да даде първа помощ на дивизиите и да отправя на ранените към най-близкия етап на медицинската евакуация.

Медицинският пункт на переправата, ако тя е временна, се разкрива от силите и средствата на медицинската служба на преминаващите по нея войски. Ако переправата е постоянна, то по правило медицинският пункт се разкрива или от инженерните части, които я построяват, или от артилерията, която охранява переправата. В медицинският пункт е необходимо да има известен брой санитарно-носачески звена и санитарно-транспортни средства за евакуирането на ранените към близкия етап на медицинската евакуация.

Медицинският пункт на переправата се разкрива наблизко в укрити места или специално построени блиндажи. Началникът на пункта изпраща на срещуположния бряг санитарни, които умеят да управляват и карат лодка, салове или други переправочни средства. Тези санитарни вземат ранените от прехвърлените подразделения, натоварват ги на переправочните средства и ги отправят за отсамния бряг. Ако на отсрещния бряг се струпат голям брой ранени, а прехвърлянето им на отсамния бряг е затруднено, то на отсрещния бряг може да се организира медицински пункт на переправата, в който да работи фелдшер или лекар, а в отделни случаи като медицински пункт на переправата може да се използват прехвърлени на отсрещния бряг етапи на медицинската евакуация.

Медицинското осигуряване на прехвърлените на отсрещния бряг войски се организира в съответствие с плана на боя. В зависимост

от ширината и дълбочината на заетия плацдарм се разкриват батальонните, полковите или дивизионните медицински пунктове. Не са редки случаите, когато дълбочината на плацдарма не позволява на прехвърлените се на отсрещния бряг медико-санитарна рота на полка или МСБ на дивизията да разгнат своите пунктове. В такива случаи прехвърленият личен състав и имущество на съответните подразделения се организират за даване на медицинска помощ на базите на по-рано прехвърлените по-долустоящи етапи на медицинската евакуация, като полковият медицински пункт се организира на базата на батальонния, и т. н. По правило армейската болнична база в изходно положение се разгръща на отсамния бряг колкото се може по-близо до реката. Извънредно голямо значение има наличието на резерви от армейските средства, които при успешно придвижване на нашите войски на отсрещния бряг бързо да се прехвърлят и те на отсрещния бряг.

Поради самата особеност на форсирането в първия момент на боя, когато прехвърлените части водят бой за завладяването на плацдарм, особено много е затруднено изнасянето и извозването на ранените от бойното поле, тъй като е невъзможно прехвърлянето на санитарно-транспортни средства. Затова трябва да се обърне внимание за усиливането на прехвърлените части със санитарно-носачи и по възможност рано да прехвърлим на отсрещния бряг с переправочни средства транспорт.

В останалите етапи на боя медицинското осигуряване не се отличава от това на всички останали видове бой и се организира в зависимост от характера на боя.

#### МЕДИЦИНСКО ОСИГУРЯВАНЕ НА БОЙНИ ДЕЙСТВИЯ ПРЕЗ НОЩТА

В миналото бойни действия през нощта са се предприемали сравнително рядко. Считало се е, че нощните действия могат да бъдат предприемани от неголям отряд или при нямаме друг изход, а също така при отслабено внимание от страна на противника за излизане от обкръжение.

До Великата отечествена война на Съветския съюз все още се е считало, че нощта не дава възможност за пълното използване на бойната техника, но опитът от последната война показа, че нощта е най-удобна за прегрупирането на силите, за закрепването на заетия рубеж и пр. Особено сега при опасността от употреба на оръжие за масово унищожение, каквото е атомното и термоядреното оръжие, нощта ще изиграе решителна роля за съсредоточаването на войските.

При настъпателните боеве нощният бой най-често се предприема, за да се завземат опорните пунктове на предния край на противниковата отбрана, за развитието на достигнатия през деня успех в дълбочина на противника, за прегрупиране, за скрит обход и др.

Наред с преимуществата, които безспорно има нощният бой на настъпващия, той има и редица отрицателни страни. Нощните действия се считат за едни от най-трудните видове бой. Въпреки че нощта дава възможност за внезапен удар, тя затруднява ориентировката даже и на позната местност, затруднява воденето на прицелен огън, намалява темпото на придвижване и пр. Освен това през нощта могат да се организират засади и внезапни контраатаки по настъпващия. Съществено значение има и фактът, че през нощта бойците се изморяват много по-бързо, че внезапната промяна на обстановката оказва силно морално въздействие на бойците и пр.

За правилното организиране на настъпателния бой особено значение има предварителното щателно разузнаване, подготовката на огъня още на светло, своевременното поставяне на задачите и пр.

При отбрана войските винаги трябва да имат готовност да отбиват нощните атаки на противника, затова отбраняващият се предварително подготвя огъня по най-важните подстъпи на предния край, съставя план за контраатаки, подготвя изкуствено осветление на предния край и пр.

Работата през нощта наред с някои преимущества в сравнение с работата през деня има немало отрицателни страни както за дейността на войските, така и за работата на медицинската служба.

Ако поради тъмнината и чувствително намалената видимост нощта намалява опасността от пораженията на противниковия огън при даването на първа помощ на бойното поле и при изнасянето на ранените, то едновременно с това значително се затруднява издирването на ранените, особено в пресечена местност. Затруднено е също така самото оказване на първата медицинска помощ, движението на санитарите и санитарите-носачи по бойното поле.

Подготовката към медицинското осигуряване на бойните действия през нощта се извършва още на светло. Санитарният инструктор на ротата определя още на светло местата за укриване на ранените, пътищата за тяхното изнасяне и извозване, звуковите и светлинните сигнали. През деня се определят нощните ориентири, поставят се видими през нощта указатели за движението, като за такива указатели се използват светли бои, вар и др. Санитарният инструктор задължително провежда подробен инструктаж със санитарите на ротата и припадните санитарии-носачи, като ги запознава с предстоящата им задача и показва реда на работа през нощта.

По правило медико-санитарният взвод се разполага в близост до войските, като изпраща напред пост на санитарния транспорт, ако това е възможно. Санитарите, санитарите-носачи и водачите на санитарния транспорт още на светло трябва да разучат пътищата, по които следва да се движат през нощта. Това се налага, за да се запо-

знаят с характера на пътищата и за наблюдаване на ориентири, които биха могли да ползуват през нощта.

Старшият полкови лекар разпределя санитарите-носачи още на светло и ги изпраща на работното им място, така че да имат време на светло да пристигнат към поделенията, в които са припадени, и да се ориентират върху задачите, които им предстоят, и особеностите на местността, в която има да работят.

Ранените през време на нощния бой пристигат в дивизионния медицински пункт обикновено през деня, особено през късите летни нощи. Обратно, при бойни действия през деня ранените пристигат в пункта често пъти през нощта, особено през зимата. По правило пристигането на ранените в армейската болнична база от дневните боеве става през нощта. Това показва, че дивизионният медицински пункт и армейските лечебни учреждения често работят при нормални условия през нощта.

При подготовката на нощен настъпателен бой е необходимо в изходното положение да се вземат всички мерки за разузнаването на местността, по която ще се действува. Това става най-напред по картата, а след това и чрез наблюдение. След проучването на местността се набелязват местата за укриването на ранените и пътищата, които ще се използват. В подготовката на нощен настъпателен бой особено важно е усиливането със спомогателни санитарии-носачи и тяхното навременно инструктиране за реда на работата.

Медико-санитарният взвод заема изходното си положение на светло и при възможност изпраща напред пост на санитарния транспорт. Старшият полкови лекар още на светло трябва да изпрати санитарно-транспортните средства напред към батальонните медицински пунктове. За правилната организация на изнасянето и извозването е необходимо своевременно осведомяване на всички бойци и офицери за месторазположението на медицинските пунктове. Това ще им даде възможност при раняване, ако са в състояние сами да се придвижат, да намерят в тъмнината медицинските пунктове. Офицерите и войниците също трябва да бъдат осведомени за слуховите сигнали, които трябва да се подават за извикването на санитарии или санитарии-носачи.

За да си осигурят добра видимост при работа на бойното поле, санитарите трябва да работят приведени ниско до земята, защото само по този начин ще могат да забележат ранените на светлия фон на небето. При подготовката на санитарите за нощни действия особено внимание трябва да се обърне за извършването на всякакъв вид манипулации на тъмно „пилаешком“. При своята работа трябва умело да използват случайните светлинни източници като: лъч от прожектор, ракети, луна или пожари, за по-добро ориентиране на бойното

поле. Санитарите биха могли да използват джобни електрически фенерчета, но това е свързано с опасността да предизвикат съсредоточен огън на противника върху себе си и ранения.

В съвременните войни нощните действия придобиват особено важно значение, тъй като само при използването на прикритието, което дава нощта, ще може да се провежда прегрупирането, съсредоточаването и раз местването на по-големи войскови единици. Естествено това ще наложи и медицинската служба да работи много често през нощта.

Опитът от Великата отечествена война на СССР показва, че много пъти нощта ще се използва за извозването на ранените, тъй като нощта скрива от противника санитарно-транспортните средства. Не са малко случаите, когато се е чакало да настъпи нощта, за да се започне извозването на ранените.

При битката за Сталинград ранените от града са били сгрупирани през деня на десния бряг на Волга в укрита, където са изчаквали настъпването на нощта, за да бъдат прехвърлени на отсрещния бряг с идващия за докарването на подкрепления воден транспорт.

#### МЕДИЦИНСКОТО ОСИГУРЯВАНЕ НА БОИ ПРЕЗ ЗИМАТА

Бойните действия през зимата имат редица особености, в повечето случаи затрудняващи работата на медицинската служба. Тия особености са ниската температура, наличието на снежна покривка, замръзналите пътища и удължаването на нощта.

При организирането на медицинското осигуряване на зимните действия на войските трябва да се счита, че зимата по правило изменя тактическите свойства на местността и местните предмети. Реките, езерата, блатата се покриват с лед и стават проходими, населените пунктове, горичките и доловете загубват през зимата своите обикновено маскиращи свойства, но все пак имат голямо значение за войските и за тяхното раз местване.

Наличността на голяма снежна покривка приковава до голяма степен войските към пътищата и ограничава тяхната подвижност. Поддържането на проходимостта на пътищата понякога изисква много сили и време. В същото време зимата дава възможност за прекарване на нови — зимни пътища по най-късите направления. Зимата и замръзналата земя затрудняват много укрепителната работа, а снежната покривка действа демаскиращо, като единственото надеждно прикритие от въздушно наблюдение са най-вече иглолистните гори.

Зимният фон на местността е напълно изменчив и до голяма степен зависи от снеговалежите, ветровете и стопяването на снега. Ето защо маскировката през зимата трябва да бъде много гъвкава, а не шаблонна. Много пъти белият защитен цвят на някой предмет

не ще даде желания резултат, ако при слънчево време неговата сянка пада на снега.

През зимата тъмното време се удължава чувствително, като понякога мъглите и снежните виелици налагат да се работи в условията на полутъмнина. Естествено това много затруднява работата на медицинската служба. Необходимо е да се отбележи, че благодарение на снежната покривка нощите са много по-светли, отколкото през лятото.

И най-суровите зими и с много дебела снежна покривка не изключват развитието на бойните действия и използването на всички родове войски. Наличността на снежна покривка дава възможност за широкото използване на скиорски отряди в частите и съединенията, като тия скиорски отряди могат да се използват за разузнавателни цели, обход, обхват, за обкръжение и за преследване на противника. Медицинското осигуряване на тия скиорски отряди поради самия им характер на действие е много трудно.

През зимния период е неизбежно увеличаването на енергозагубата поради допълнителното въздействие на студа и влагата. Недоброто организиране на храненето, на почивките, носенето на тесни обувки и облекло могат да окажат отрицателно влияние върху здравето и боеспособността на войските. Опитът от миналите войни показва, че при недостатъчна подготвеност на войските за зимни действия заболяемостта се повишава чувствително, а също така и случаите на измръзване.

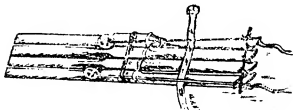
Основни мероприятия, провеждани против измръзванията през зимата, трябва да се считат:

1. Своевременното снабдяване на войските с топло и достатъчно широко облекло и обувки.
2. Организирането на редовно поднасяна топла и достатъчно калорична и витаминозна храна с увеличена дожба мазнини и захар.
3. Организиране на полеви жилища и помещения за почивки и затопляне на бойците.
4. Провеждане на специална подготовка на войските чрез заплата и тренировка за бойни действия през зимата.
5. Провеждане на мероприятия по отводняването на окопите и поставяне на дървени скари за предпазването от влагата.
6. Провеждане на профилактични прегледи за откриване на физически слаби бойци, които трябва да се отстраняват от активни бойни действия, а така също да се отстранят от бойни действия през зимата бойците, прекарвали наскоро тежко нараняване или заболяване.
7. Осигуряване на полеви караул, разузнавачите и секретните постове с добри зимни обувки, пълноценна суха храна, грейки и концентрати.

8. Организиране на своевременното сменяване на бельото и провеждане редовно на санитарна обработка на бойците, тъй като зимните условия затрудняват изпирането на дрехите им.

При организирането на медицинското осигуряване на бойните действия на войските през зимата винаги трябва да се има предвид голямата опасност от измръзване както на здравите, така и на ранените, особено на последните. През зимата е особено затруднено издирването, изнасянето и извозването на ранените, срещат се трудности в разгъването на медицинските пунктове и необходимостта да се работи при ограничена видимост както на бойното поле, така и в етапите на евакуация. При липсата на съответни мерки ниската температура довежда до замръзването и развалянето на редица медикаменти.

Опасността от измръзване и влошаване на общото състояние на ранените изисква ускоряването на тяхното издирване и изнасяне от бойното поле и своевременното им докарване в медицинските пунктове. За правилната организация на изнасянето на ранените трябва



Фиг. 29. Приспособяване на ски за извличане върху тях на ранени

да се увеличи броят както на санитарите, така и на санитарите-носачи. За правилното изпълнение на задачите, поставени пред санитарите и санитарите-носачи, е необходимо те да бъдат снабдени с индивидуални средства за затопляне (химични грейки), ватени, одеяла и др. За облекчаване на тяхната работа те се снабдяват със ски-носачески приспособления, ски, разни влечила и др. (фиг. 29).

За навременното откриване на ранените е необходимо организирането на санитарни гребла, ако бойната обстановка позволява това, а за по-бързото им извозване назад е необходимо максимално приближаване на санитарно-транспортните средства до бойния ред.

Санитарният транспорт трябва да бъде отоплен, снабден с одеяла, ватени, химични грейки и др. За съкращаването на евакуационните пътища е необходимо медицинските пунктове да се доближат до бойния ред. Самите етапи трябва да са с увеличена емкост, отоплени и снабдени с достатъчно запаси от гориво и топли покривки.

Когато разстоянието между отделните етапи е по-голямо и за преминаването му е необходимо повече от един-два часа, то задължи-

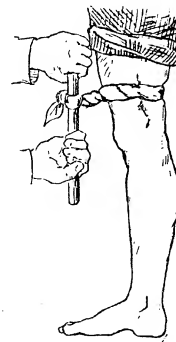
телно се организират превързоочно-хранителни и отоплителни пунктове. Тия пунктове се разполагат на средно разстояние между отделните етапи, като раздават на преминаващите ранени и болни топъл чай, а при необходимост правят и превръзки, приемат ранените, за да се стоплят, и пр. Санитарният транспорт задължително се придружава от санитар, който наблюдава за състоянието на ранените и предпазването им от замръзване.

За правилната работа и за предпазване от наблюдаването на противника санитарите задължително се снабдяват с маскировъчни халати. При своята дейност на бойното поле те се затрудняват много от еднообразната снежна покривка и от това, че бойците и те са покрити с маскировъчни халати, което ги прави трудно забележими на снега.

При даването на първа помощ на бойното поле санитарят се затруднява от невъзможността да разголи широко наранената част на тялото, както това прави през лятото. Санитарят трябва да се стреми да разголи колкото се може по-малка част от ранения, като не го съблича, а разрязва дрехите или ботушите по ръбовете им. След налагането на превръзката санитарят грижливо покрива оголеното място с дрехите на ранения.

При налагането на кръвоспиращи превръзки най-добре е използването на турникета, а още по-добре импровизирането на засуквачки (виж фиг. 30), тъй като турникетът понякога изпуска, а гумените маркучи се чупят от ниската температура. При наличност на ранен с множество наранявания по-целесъобразно е той да бъде извлечен до укритие или медицински пункт и там да се започнат мероприятията по даването му на първа медицинска помощ, тъй като в такива случаи често се налага почти цялостното му разголяване.

При зимни условия създаването на "гнезда за ранени" и настаняването в тях на ранени за по-продължително време е невъзможно и не бива да се допуска. За краткото престояване на ранените в ротните райони е необходимо бързо да се изграждат различни укрития от сняг във вид на снежни убежища, дупки, заслони, като за построяването им се използват клони, шума, сняг и др.



Фиг. 30. Засуквачки, наложени на ръката и на бедрото

За укриването на ранените може също така да се използват и окопите, и другите отбранителни съоръжения и ями от снаряди, като раненият се покрива с клоки, слама, сено и др. и след това отсрани се затрупва със сняг. Добри убежища за ранените са землянките и блиндажите, особено когато са отоплени.

За пълното разгъване на етапите на медицинската евакуация е необходимо голяма загуба на сили и време за разчистването на снега, за окопаването, за набавянето на горивни материали и пр. За навременното извършване на тия мероприятия е необходимо изпращането на допълнителни хора, транспорт, шанчеви инструменти, а понякога и инженерни подразделения за подпомагането на медицинската служба.

За правилната работа на етапите е необходимо да се осигури достатъчно място и отоплени помещения за настаняването на ранените, тъй като за разлика от лятото всички ранени трябва да се намират в отоплени помещения.

Често пъти зимните условия принуждават медицинските учреждения да се разгъват в населените пунктове. Тъй като населените пунктове през зимата са претъпкани от тилови учреждения и подразделения, то необходимо е да се иска от командването разрешение за заемането на най-добрите жилищни помещения за настаняването на ранените и болните.

Принудителното струпване на много хора на едно място през зимата и ограничените възможности за редовната им санитарна обработка и сменяването на бельото създават условия за разпространяването на епидемии. Това налага внимателното наблюдаване за спазването на правилата за лична и колективна хигиена, редовното сменяване на бельото, редовното провеждане на медицинското разузнаване и спазване на забраната за тесен контакт между бойците и местното население.

Поради еднообразното хранене на бойците през зимата винаги съществуват опасности от появата на хипо- и авитаминозни състояния, за което трябва да се вземат съответни мерки. Предпазни мерки трябва да се вземат и против слънчевите офталмити и кожните заболявания.

Трябва да се помни, че авитаминозните и хипоавитаминозните състояния, физическата и психичната отпадналост, пресните травми и кръвозагубата са фактори, способстващи за замръзването.

Организираното посрещане на зимата с предварителната подготовка на медицинската служба да работи в съответните условия ни гарантира правилната организация и провеждане на медицинското осигуряване на бойните действия на войските при зимни условия.

## Глава XV

### КРАТКИ СВЕДЕНИЯ ЗА МЕДИЦИНСКАТА СЛУЖБА В РОДОВЕТЕ ВОЙСКИ

#### МЕДИЦИНСКАТА СЛУЖБА В БРОНЕТАНКОВИТЕ И МЕХАНИЗИРАНИТЕ ВОЙСКИ

Бронетанковите и механизираниите войски като отделен род войска придобиха особено значение във Втората световна война, в която те бяха употребени в голям мащаб. Вследствие на този род войски наложи съвременните военни операции да се провеждат в голяма дълбочина и войските придобиха голяма подвижност. Бронетанковите и механизираниите войски притежават голяма ударна сила поради това, че те съчетават мощния огън с бързото движение. Голямата им проходимост и броневата защита ги прави удобни за използване, особено в съвременните настъпателни операции.

Бронетанковите и механизираниите войски се използват във всички видове бой. В техния състав влизат танкови части и съединения, механизирани и моторизирани пехота.

Организацията на медицинската служба в бронетанковите и механизираниите войски се подчинява на организацията на войските и начина на тяхното действие. Съставът на медицинската служба не се различава принципно от този в стрелковите подразделения и съединения, въпреки че притежава някои особености. Отделните звена на медицинската служба са намалени с оглед да се получи по-голяма подвижност на медицинските подразделения, която да отговаря на подвижността и маневреността на бронетанковите войски. Освен намаляването на числеността на медицинските подразделения те са снабдени и с моторен санитарен и друг транспорт, което създава подвижност и маневреност и на медицинската служба.

В състава на медицинската служба на бронетанковите и механизираниите войски има: в танковия батальон както в стрелковия полк има медицински техник, а в мотострелковия батальон — лекар.

В танковия самоходен артилерийски полк началник на медицинската служба е старши полковник лекар. Под негово разпореждане е пунктът за медицинска помощ на полка.

В танковата или механизиранията бригада има медико-санитарен взвод с началник на службата — бригаден лекар, а в танковия и



механизиран корпус — корпусен лекар, на когото е подчинен медицински санитарен батальон. В мотострелковите части организацията на медицинската служба няма особена разлика от тази на стрелковите части.

Медицинското осигуряване на бронетанковите войски се отличава в извънредно трудна и сложна обстановка, която произтича от особеностите на действие на този род войски. Голямата маневреност, подвижност и стремителност налагат и на медицинската служба да бъде също подвижна и маневрена, за да може да следва войските в боя. Бойните действия на бронетанковите войски се характеризират с краткотрайност и голямо напрежение. Това налага медицинските пунктове да работят непрекъснато, а високите темпове на придвижване и голямата дълбочина на удара изискват от медицинските пунктове бързо да се преместват и разгъват на новите места.

При действие на голяма дълбочина в противниковата отбрана често се налага прекъсването на евакуацията поради голямата дължина на евакуационните пътища и наличието на неунищожени противникови части. Това налага медицинската служба да има готовност да работи в условията на прекъсната евакуация. При всички бойни действия на бронетанковите войски трябва да се вземат сериозни мерки за охраната и отбраната на медицинските пунктове.

Поради голямата подвижност на бойните действия на бронетанковите войски поддържането на постоянна връзка с подчинените медицински служби се затруднява извънредно много, а поддържането на връзката е важно условие за работата на медицинската служба, особено при преместването на медицинските пунктове или когато се наложи прегрупирането на силите и средствата в зависимост от конкретната обстановка. Връзката се поддържа чрез въздухите на санитарния транспорт и чрез лесно ранените. Целесъобразно е използването и на радиовръзката на командването.

Само подробното познаване на бойната обстановка и непрекъснатата връзка с подчинените, както и наличието на достатъчно резервни сили и средства дава възможност на медицинския началник правилно да организира и ръководи медицинското осигуряване на бронетанковите и механизирани войски.

Загубите на бронетанковите войски имат редица особености. Най-много наранявания има от парчета от снаряди, поради това че броневата защита е достатъчно мощно средство срещу нараняванията от куршуми. Броят на тежко ранените в сравнение с тия в стрелковите подразделения и части е по-голям. Особено често се срещат тежките изгаряния, които се предизвикват при запалването на танковете. При нараняването на танкистите преобладават нараняванията от вторичните снаряди — парчета от бронята на танка или части от самия танк при пошадение на снаряд вътре в него.

Във време на боя личният състав на бронетанковите войски в по-голямата си част действа на отделни групи — „екипажи“, поради което трябва да се обърне особено внимание на подготовката на този екипаж по оказване на самопомощ и взаимопомощ, а така също хората от екипажа да умеят да извличат ранените от бойните машини. В бойната машина трябва да има средства за извличането на ранените. Преди започването на боя личният състав трябва да се екомплектува с лични превъзочни пакети, а бойната машина трябва да има аптечка за оказването на първа помощ.

При бойните действия на бронетанковите и механизирани войски поради голямата подвижност рядко се създават условия за разгръщането на медицински пунктове в батальоните. В танковия батальон през време на боя медицинският техник се намира в близост до пункта за наблюдение и свързка при ремонтно-евакуационната група, като заедно с нея се приближава към повредения танк за оказване на медицинска помощ по възможност на самото място. Ако обстановката не позволява да бъде извлечен раненият от танка и да му се окаже помощ на бойното поле, тогава машината заедно с ранения се извлича в най-близкото укрите и там се оказва медицинска помощ или чак в пункта за първа техническа помощ. За евакуацията на ранените от бойното поле с разрешение от командира на батальона могат да се използват и резервни танкове. След оказването на медицинска помощ ранените се евакуират в полковия или бригадният медицински пункт със санитарно-транспортните средства на полка или на бригадата.

През време на боя медицинският техник на батальона, след като окаже медицинска помощ, се движи зад батальона заедно с ремонтно-евакуационната група по оста за свързка и боеоснабвяване на батальона.

В мотострелковия батальон по-често се създават условия за разгръщането на батальонен медицински пункт. В зависимост от конкретната обстановка той се разгръща в района на разположение на транспортния ешелон или в района на командния пункт на командира на батальона.

В направлението на настъпление на ротите може да се организира пост на автосанитарния транспорт. След оказването на първа лекарска помощ ранените се евакуират в бригадният медицински пункт.

Медицинската служба в танковия или мотострелковия полк разгъва полкови медицински пункт в района на първия тилов ешелон по възможност близо до сборния пункт за аварийни машини (СПАМ). В полковия медицински пункт на ранените и болните се оказва първа лекарска помощ, след което те се евакуират в бригадният или в корпусния медицински пункт със санитарно-транспортните средства на бригадата или корпуса. Старшият лекар на танковия полк организира

свързката с пункта за наблюдение и свързка в полка, откъдето той получава данни за мястото на повредените машини и необходимостта от санитарен транспорт.

Със средствата на медико-санитарния взвод в танковата бригада се разгръща бригаден медицински пункт (БрМП) в района на първия ешелон на бригадата. Бригадният медицински пункт предварително изпраща санитарно-транспортни средства към медицинските пунктове на частите за евакуация на ранените. Бригадният медицински пункт се разполага по възможност по-близо до сборния пункт за аварийни машини на бригадата. Обемът на медицинската помощ на бригадния пункт е равен на обема на първата лекарска помощ. След даването на медицинската помощ ранените се евакуират в корпусния медицински пункт — КМП, или в дивизионния медицински пункт на стрелковите съединения. За евакуацията на леко ранените се използват разните транспортни средства, чрез които ранените могат да бъдат евакуирани направо в болницата за леко ранени на отделната армия или в болницата за леко ранени на танковата армия, ако има такава. Част от леко ранените могат да останат в бригадния медицински пункт до пълното им излекуване, обаче те трябва да бъдат ходещи ранени, за да не затрудняват преместването на пункта.

Силите и средствата на медицинската служба на танковия корпус са обединени в медико-санитарния батальон на корпуса. Медико-санитарният батальон разгръща корпусен медицински пункт (КМП).

Обемът на медицинската помощ и евакуацията на ранените и болните от корпусния медицински пункт и в болничната база на танковата армия не се различава съществено от тези в отделната армия. Но поради характерната особеност на нараняванията в бронетанковите войски и като се има предвид, че танкистите са високо квалифицирани кадри, за чиято подготовка се изисква много повече време, то тяхното излекуване и обратно връщане в строя е важна задача на медицинската служба на бронетанковите и механизирани войски.

Най-благоприятни условия за медицинската служба на бронетанковите войски се създават тогава, когато те действуват съвместно със стрелковите части. В такива случаи бойните действия се водят с по-бавни темпове, които се определят от скоростта на движение на стрелковите части и съединения, а освен това от наличните медицински пунктове и учреждения на частите и съединенията се използват за евакуирането и лечението на ранените от бронетанковите войски. Това налага да се организира взаимодействие на медицинската служба на бронетанковите части с медицинските служби на стрелковите части, които носят отговорност за медицинското осигуряване на войските в тяхната посока на действие.

Когато бронетанковите войски действуват съвместно със стрелковите, медицинската служба на бронетанковите войски не разгръща медицински пунктове, а силите и средствата на медицинските служби на бронетанковите войски се използват най-често за усиляването на общовойсковите етапи на медицинската евакуация или за маневриране през време на боя.

При действие в дълбочина на противниковата отбрана медицинската служба е принудена да носи със себе си всички ранни. Това я затруднява доста много и затова тя прибегва към помощта на тилските служби за возене на ранените или се иска срочно да се възстановят пътищата за евакуация за извозването им към тила.

Поради факта, че бронетанковите войски първи стъпват на територията, заема на от противника, то организирането на медицинската разузнаване е задължително. Това се налага поради опасността те да попаднат първи в инфекциозно огнище. Затова е необходимо медицинската служба на бронетанковите войски да има достатъчно средства за извършването на дезинфекция в огнището, на заразяването. Обикновено медицинската служба изолира огнището, като забранява какъвто и да било контакт с него, а неговото ликвидиране се провежда от медицинските служби на стрелковите части, които следват след танковите.

За предпазване от заболяване на танкистите медицинската служба провежда редица мероприятия, които произлизат от особените условия на работа на танкистите и поради отрицателното влияние на тези условия за здравето на танкистите.

През време на движение на бойната машина във вътрешността на танка влиза непрекъснато прах. Самата конструкция на танка трябва така да е устроена, че по възможност в него да влиза по-малко прах, а при необходимост танкистите да могат да използват промишлените противогази за предпазване от праха. При употреба от страна на противника на бойни отровни или бойни радиоактивни вещества танкистите трябва да си поставят противогази. При стрелбата в танка се събират доста неизгорели газове от барута, които имат голям примес на въглерод. За вентилирането на танка трябва да се устройват вентилационни отвори или да се гоставят вентилатори.

През лятото бойните машини се пренатряват, а през зимата силно се изстудяват. През лятото трябва да се осигури вентилация, а за през зимата — удобно и топло работно облекло.

В бойната машина винаги има много силен шум от мотора на машината и от стрелбата. Бойците трябва да са снабдени със специални наушници за избягване травмата на слуховите органи. Бойци с повреди на средното ухо не бива да се допускат на работа вътре в танка.

Самият характер на работа на танкиста обикновено води до силното замърсяване на кожата му с минерални масла и др., ксито водят до появяването на кожни заболявания. Необходимо е строг контрол за провеждането на личната хигиена на танкиста. За предпазването на кожата от замърсяване трябва да се използват работни дрехи, а след работа танкистите трябва да се измиват с топла вода и сапун. Измиването с бензин, към което танкистите често прибавят, трябва да се избягва.

Като род войска бронетанковите войски придобиват все по-голямо значение, което значение в евентуалните бъдещи войни ще се увеличи поради опасността от употребата на атомното оръжие. Имат броневата защита и поради факта, че имат голяма подвижност, то те ще се използват в голям мащаб. Това налага основното изучаване както на тактиката на използването им, така и изучаването на тяхното медицинско осигуряване поради неговите особености.

#### ОСНОВНИ ПОЛОЖЕНИЯ ПО МЕДИЦИНСКОТО ОСИГУРЯВАНЕ НА ВОЕННО-ВЪЗДУШНИТЕ СИЛИ (ВВС)

Военно-въздушните сили представляват отделен род войска в системата на организацията на армията. През годините на Втората световна война военно-въздушните войски се разраснаха и усъвършенствуваха неимоверно много. Те притежават голяма скорост на движение и са снабдени с най-модерни технически усъвършенствувания.

В зависимост от назначението, за което авиацията се използва, нейното въоръжение и летателно-технически данни тя се разделя на: изстребителна, бомбардировачна, разузнавателна, свързочна, транспортна и санитарна авиация.

Независимо от назначението на авиацията нейната организационна структура се характеризира с някои особености, които произтичат от начина ѝ на действие и тактико-техническите ѝ особености.

Бойната единица в авиацията е отделният самолет с различен брой на членовете от екипажа му. Други бойни единици са: звеното, ескадрилата, а няколко ескадрили съставляват авиополк. Такава е организацията на бойните подразделения на частите на военно-въздушните сили.

Освеж строите подразделения на военно-въздушните сили в техния състав влизат и тилови части, и съединения, наречени авиационно-технически. Дейността на тилевите части и съединения се базира на общовойсковия тип. Тилът на военно-въздушните сили осигурява аеродрумното, квартирното и техническо обслужване на строите части и съединения.

Медицинската служба на ВВС влиза в състава на медицинската служба на въоръжените сили, обаче въпреки това тя

има своя организационна особеност. Организацията на медицинската служба на ВВС се характеризира с това, че тя се разделя на медицинска служба на летателните части и медицинска служба на надземните части и съединения. Летателният състав се осигурява в медицинско отношение от лекаря на летателната част, а така също и от лекаря на авио-техническата част. Трябва да се отбележи, че лекарят на летателната част не разполага с материали за лечебно-профилактични и противоепидемични мероприятия, тъй като такава осигурява лекарят на наземната част.

В авиозвено и ескадрилата медицински състав няма. В авиополк има старши полкови лекар на полка, а в авиационната дивизия — дивизионен лекар. Старшият полкови лекар на авиополка организира и лично взема участие в медицинското осигуряване на личния състав на летателните части.

Медицинското осигуряване на летателния състав се състои в системното наблюдение на здравословното състояние на летците. Характерът на работа на летателния състав изисква от медицинската служба да се следи най-редовно за физическото и психичното състояние на личния състав преди излитане, през време на полета и след свършването му. Всяка най-малка промяна в състоянието на летца трябва навреме да се открие и да се вземат мерки за отстраняването на причините, които са предизвикали тези промени. При всеки непастен случай е необходимо щателното изследване на причините, за да могат да се направят съответните изводи и се вземат необходимите мерки.

За системното и всеотчетно наблюдение на физическото и здравословното състояние на летателния състав към авиационно-техническите части се организират кабинети по авиационна медицина. Тези кабинети се подчиняват на началника на медицинската служба на съответните съединения. В тях се организира контрол по тренировката на летците, изследвания на летци, които са прекарали травми и са на учет в кабинета, прави се основен анализ на причините за аварията и изучаването на физиологията и хигиенните фактори на бита, труда и почивката на летателния състав. Резултатите от направените проучвания на авиомедицинските кабинети служат по-нататък за провеждането на мероприятия по подобряването на труда и бита на личния състав на ВВС.

Лечебно-евакуационното осигуряване на ВВС се осъществява от медицинската служба на отделните авиационно-технически части и съединения на аеродрумните, на които са базирани летателните части. За тази цел на аеродрума се разкрива медицински пункт. Място за разкриването на медицински пункт се избира близо до командния пункт на аеродрума или в самото здание на хо-

мандния пункт. В медицинския пункт се разкриват най-малко две основни функционални подразделения: приемно-сортировъчно и превъзочно. Освен това в медицинския пункт на аеродрума трябва да се разкрие и изолатор за временната изолация на заразно болните до тяхната евакуация. На известно разстояние от аеродрума (1—2 км) в района на надземните части се разкрива войскови лазарет и основният медицински пункт на аеродрума.

През време на всеки полет, учебен или боен, на аеродрума се организира медицински пост със задача да наблюдава полета и поддържа връзка с командния пункт на аеродрума, да има готовност да се изнесе на мястото на кацването на самолета или падането му. В състава на медицинския пост на аеродрума влиза: медицински техник или медицинска сестра със санитарна машина.

Медицинският пункт на аеродрума се обслужва от лекари от авиополка, като за работа и дежурство се привличат медицински техник или медицинска сестра от състава на медицинската служба на наземните части. Снабдяването на медицинския пункт на аеродрума с медико-санитарно имущество се извършва за сметка на медицинската служба на наземните части.

Особеностите на лечебно-евакуационното осигуряване на ВВС се състои в това, че в самолета не може да се окаже медицинската помощ. В повечето от случаите поради самото устройство на кабината на самолета и положението, което заема екипажът, не може да се окаже както самопомощ, така и взаимопомощ. Затова организацията на медицинската помощ на аеродрумите трябва да бъде такава, че да осигури своевременно пристигане на санитарния състав на медицинския пост на аеродрума, на мястото на кацането на самолета, за да може своевременно да окаже медицинска помощ. При принудително кацане на самолета бързото отиване на медицинския състав на мястото е важно условие за спасяването на живота на ранения летец. След оказването на медицинската помощ на ранения те се евакуират в медицинския пункт на аеродрума, откъдето след оказването на медицинска помощ се евакуират в общовойсковите медицински заведения.

При организирането на медицинското осигуряване на военновъздушните сили медицинската служба трябва да организира взаимодействието с медицинските служби на стрелковите подразделения и части, в посоката на които действа летателната част. Поради това че принудителното кацане на самолетите става на различно разстояние от аеродрума, на който са се базирали летателните части, то съответната медицинска служба не всякога е в състояние да се притече на помощ и да евакуира ранения летец. В такива случаи даването на медицинска помощ на ранения и тяхната евакуация се поема от медицинската служба на стрелковата част или съединение. По-нататъшното оказване на помощ на ранения и тяхната евакуация се извършва по общите правила.

Оказването на квалифицирана медицинска помощ на ранения от ВВС се организира отделно от тия на другите родове войски. Ивичният състав на ВВС е с висока квалификация, а освен това условията на труд и бит при тях са особени и заболяванията, които произтичат от това, имат своя особеност. Понякога това налага продължително лечение в специални условия, и то от квалифициран медицински състав. Ранения и болните, които се нуждаят от специализирана медицинска помощ, се евакуират в специалните болници на авиоармиите. Тези от ранения, които са попаднали на лечение в системата на общовойсковите медицински учреждения, се евакуират макар и по-късно в специалните болници.

#### ОРГАНИЗАЦИЯ НА МЕДИЦИНСКОТО ОСИГУРЯВАНЕ НА ВОЕННО-МОРСКИТЕ СИЛИ

Военно-морските сили са съставна част от въоръжените сили на определена страна, които имат за цел да защитават интересите на тази страна на морския боен театър. Тази цел се постига чрез активни действия срещу флотата на противника в открито море и по бреговете и против морските му бази. Морските сили могат да действуват самостоятелно, но често пъти и съвместно с военновъздушните и сухопътните войски.

В съвременните условия на война военноморските сили, както и военновъздушните не са в състояние да решат изхода от войната. Победата се достига само по пътя на съвместни бойни действия.

Най-важни, а понякога и със стратегическо значение са самостоятелните бойни действия на флотата, които се съвземат до разрушаване на морските комуникации на противника или защитата на собствените брегове. Най-честите форми на съвместни действия на флотата и сухопътните войски са водните десантни операции.

Съвременните военноморски сили се състоят от: надводни кораби, подводни кораби, морска авиация, брегова охрана, морска пехота и различни служби, които осигуряват техните действия. Военноморските сили включват в себе си отделни флоти и флотилии на съответната държава. Всяка флота включва в себе си съединения от надводни и подводни кораби, морска авиация, брегова охрана, морска пехота и военноморски бази. Орган за управлението на бойните и ежедневните действия на флотата е щаба на командващия на флотата.

Кораби от една класа се групират в определено тактическо съединение, което носи названието флотилия, бригада, дивизион, отряд и т. н. За линейните кораби и крайцеровите съединения е характерно преобладаването на артилерийско въоръжение; за ескадрените миноносци, торпедните катери и подводниците — въоръжението с

торпедата. Основни еднородни съединения са: за линейните кораби и крайцерите — бригадата, а за ескадрените миноносци и подводниците — дивизионът. За удобното изпълнение на бойните задачи (операции) се създават маневрени съединения, които се състоят от няколко еднородни съединения от кораби от различни класи и отделни кораби. Например към ескадрените миноносци се придават минозаградители, стражеви кораби и други.

#### Медицинска служба на военно-морските сили

Медико-санитарната служба на флотата има да осъществява следните задачи:

1. В областта на лечебно-евакуационните мероприятия: а) контрол за организацията на медицинската помощ на корабите и частите на военно-морските сили; б) евакуация на ранените и болните от корабите и частите в лечебните учреждения; в) оказване на квалифицирана и специализирана медицинска помощ на ранените и болните; г) окончателно излекуване на ранените и болните; д) евакуиране на ранените и болните в болничните морски съдове; е) усиление на медицинските служби на частите, болниците и военно-морските бази с лечебно-евакуационни средства.
2. В областта на профилактичните и противоепидемични мероприятия: а) провеждане на противоепидемични мероприятия във флотата; б) организиране и провеждане на медицинско разузнаване в районите на военно-морските бази; в) организиране и провеждане на медицински контрол за физическото състояние и бита на личния състав на военно-морските сили; г) евакуация на инфекциозно болните от корабите и частите във флотските инфекциозни болници.
3. В областта на медицинското снабдяване — подготовка и разпределяне на имуществото и витаминните препарати.
4. По отношение на личния състав: а) комплектуване на флотите и флотилиите с личен състав за медицинската служба; б) подготовка и повишаване на квалификацията на всички органи на медицинската служба; в) квалифицирана и специализирана медицинска помощ се оказва в лечебните учреждения на флотата и флотилията; г) всяка военно-морска база има своето лечебно учреждение — болница или лазарет. Някои от тях осигуряват само личния състав на базата, в която те са разположени. Към тази група се отнасят и лечебните учреждения, които се намират на острови или бази, разположени най-близо до линията на фронта, нямащи удобни пътища за евакуация на ранените.
- В отделни моменти някои военно-морски болници, разположени в непосредствена близост на фронта (така например при обсадата на Севастопол, Одеса и др.), са получавали ранените след 15 — 20

минути, давали са им квалифицирана медицинска помощ и са провеждали лечението както на леко ранените, така и на тежко ранените до тяхното оздравяване, т. е. изпълнявали са едновременно функциите на медико-санитарен батальон, хирургична полева подвижна болница и тилова болница.

Специфичността на службата на корабите на военно-морския флот се отличава с това, че всеки матрос е специалист, подготовката на който е невъзможна за къс срок, затова е необходимо морякът непременно да се върне на кораба в най-къс срок след излекуването му. Затова през времето на Великата отечествена война на СССР на основните евакуационни пътища за ранените от различните флоти били поставени големи военно-морски болници, а в отделни случаи и евакуационни болници, подчинени на медицинската служба на флотата, приемащи всеки ранен или болен моряк, отправен към тила. В тях се провеждало лечението на ранените и изписването им към близкия флотски екипаж. Това лечение — от кораба към болниците на флотата и тиловите болници и пак на кораба, е разрешило въпроса за връщането на ценни специалисти във флотата.

Характерно за военно-морския флот е създаването на така наречените „маневрени групи“ от хирурзи, санитарно-епидемични групи и маневрени групи по преливане на кръв. Тези групи, съставени от специалисти, играят огромна роля за доближаването на специализираната медицинска помощ до корабите. Хирургичните маневрени групи се използват освен за усиление на определено лечебно учреждение и за десантните операции. Санитарно-епидемичните маневрени групи се използват за извършване на медицинско разузнаване на новозаетите и освободените военно-морски бази.

Санитарно-транспортните средства, които се намират непосредствено в морето, езерата и реките, се отличават със значително разнообразие: от гребна лодка до големите санитарно-транспортни съдове. На големите кораби се устройват превозочни и операционни, като на кораба се придава медицинско, санитарно и домакинско имущество и продоволствие, необходимо за обезпечаване на ранените за няколко денонощия. Предвид на значителната опасност от подводниците и авиацията на противника санитарните катери са се използвали най-широко. В условията на конкретна обстановка тия морски съдове са били единствените средства за евакуация (поради авиацията на противника) на ранените в тиловите болници.

В някои случаи на оперативно-тактическа обстановка не е възможно да се използват морски санитарни съдове и затова се прибегва към военните кораби от различни класи — от линейния кораб до подводниците. Често може да се използват и крайцерите, ескадрените миноносци, миноносците и миночистачите.

Санитарно-профилактичните и противоепидемичните мероприятия, които се провеждат в корабите, имат съществено значение за запазването на техния личен състав от избухване на епидемии. В корабите винаги съществува голяма опасност от епидемии, тъй като има голямо струване на хора. Затова санитарният надзор за раз местването, водоснабдяването и храненето на командите играе голяма роля в системата на мероприятията по борба с инфекциозните болести.

Основните противоепидемични учреждения се намират към съответните болници. За създаването на по-голяма подвижност на тия учреждения са се изградили по-горе споменатите маневрени санитарно-епидемични групи, а за лечението на заразно болните се разкриват инфекциозни болници.

За предпазване от пренасянето на заразни болести от една морска база към друга в пристанищата се изграждат санитарно-контролни пунктове, които осъществяват санитарно-епидемичния контрол по пътищата на движението на корабите.

Снабдяването на медицинската служба на военно-морските сили с медико-санитарно имущество се различава от това на сухопътните войски. Флотите и флотилиите по линията на медико-санитарното снабдяване получават само медицинско имущество и витамини. Снабдяването със санитарно-домашинско имущество се осъществява чрез пристанищата от интендантската служба.

За снабдяването на всяка флота с медицинско имущество има един общофлотски склад, обикновено разположен в главната морска база и получаващ медицинско имущество от централните медико-санитарни складове. Също така всяка военно-морска база има свой склад за снабдяването на корабите, военно-морските части и бреговите лечебни заведения.

Ръководството на медицинската служба на всяка флота се осъществява от началника на медицинската служба на флотата (флотилията). Той е непосредствено подчинен на командващия флотата, а по специалността си — на началника на медицинската служба на военно-морския флот. Апаратът на началника е медицинският отдел на флотата. При началника се намират флагмански специалисти: терапевт, хирург, епидемиолог, инфекционист, токсиколог и съдебно-медицински експерт.

В своята работа началникът на медицинската служба на флотата поддържа непрекъсната връзка с щаба на флотата, като получава от него сведения за оперативната обстановка, и с началника на тила на флотата — по въпросите за снабдяването със санитарно-домашинско имущество, продоволствие и помощ при евакуирането на ранените към болниците.

#### Медицинско осигуряване на корабите

Военните кораби имат най-различно устройство, а в зависимост от класата те имат и различни медицински служби. Класата и устройството на кораба имат голямо значение за неговото медицинско осигуряване. Едни от корабите са постоянно обитаеми, каквито са например големите надводни кораби, други са временно обитаеми, каквито са подводниците, а трети — необитаеми, каквито са торпедните катери, чийто персонал престоява на тях само по няколко часа.

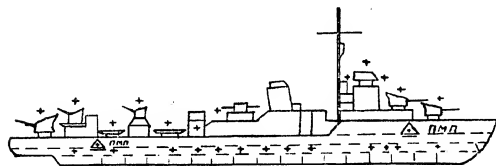
Корабът е разделен чрез хоризонтални полове, които го разделят на редица етажи, наречени палуби. На големите кораби палубите обикновено са три — горна, долна и средна. Помещенията, които са построени на най-горната палуба, се наричат надстройки и рубки (кабини). На долната палуба са разположени платформи за построяване на тежки механизми. Вертикалните прегради на корабите могат да бъдат главни и второстепенни. Главните се делат на водонепроницаеми, които се осигуряват херметично за претраждането на водата при аварии и пробиви. Те пък се делат на дебели стени, задържащи големи водни маси, и тънки стени. При бойна тревога всички водонепроницаеми прегради се затварят и съобщенията между отделните помещения се прекратяват. Това важи и трябва да се предвиди за осигуряване на медицинска помощ за всеки отсек.

Помещенията, разположени на палубите, се съобщават с коридори и врати, които обикновено са тесни и неудобни за пренасянето на ранените на носилки. Помещенията, разположени на различните палуби, се съобщават с люкове, шахти и корабни стълби. Люковете са обикновено водонепроницаеми и от тях водят тесни и извити стълби. Шахтите водят към дълбоките помещения на кораба и нямат стълби, а отделни скоби. Това нещо затруднява извънредно много изнасянето на ранените от долните палуби и ниските помещения.

Наставянето на личния състав на корабите зависи от величината и вътрешното устройство на кораба. В надводната част на кораба се настанява личният състав в каюти. Обикновено командата на кораба се настанява в специални помещения на долната палуба.

Корабите с голям тонаж — линейни, крайцери и др., които имат екипажи с численост от 600 до 2000 души, имат в състава на медицинската служба от 2 до 4 души лекари и толкова медицински техници. Медицинската служба на тия кораби разполага с лазарет, операционна, амбулатория, рентгенов кабинет, стоматолог, лаборатория и аптека. Всичко това се разполага на един отсек, и то в средата на кораба, където люлеенето е най-слабо. Медицинската служба се ръководи от началник, в подчинение на когото се намират лекарите, медицинските техници и санитарите. При бойна тревога на разпореждане на медицинския началник се придават санитарно-носачи, комплек-

тувани от матроси, нямащи бойни назначения, музиканти, писари и др. При бойна тревога командният пункт на медицинската служба се разгъва в лазарета, а един запасен медицински пункт — в кают-компанията и трети медицински пункт — в една от кубриците — например агитпункта (виж фиг. 31).



Фиг. 31. Схема за разположението на постове за първа помощ и постове за медицинска помощ на ескадрен миноносец

Първата помощ на ранените се дава на мястото на нараняването, където се намират постове за първа помощ (ППП).

Постове за първа помощ се намират в различните отсеки при бойните постове, прислугата на оръдията, погребите, механизмите и пр. Тъй като при даването на бойна тревога всички водонепроницаеми прегради се спускат и матросите остават изолирани по бойните си места, то изнасянето на ранените много често може да се осъществи едва след свършването на боя. Затова ППП имат изключително значение за първата медицинска помощ (виж фиг. 32).

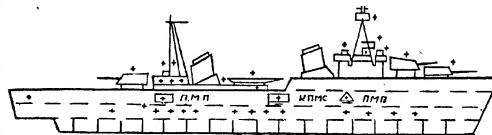
Във всяко помещение на кораба, където при бойна тревога се намират хора, се организира пост за първа медицинска помощ. Той се осигурява с определен комплект медицинско имущество (виж фиг. 33). С това имущество работят определени лица, наречени бойни санитарни. Това са матроси, които имат бойно назначение, но освен това при необходимост изпълняват и задълженията на санитар, за която цел те прекарват предварително обучение.

Помощта, която се оказва на поста за първа помощ (ППП), е следната:

1. Даване на морфин в таблетки или подкожно, като за целта има специални тубички със стерилни игли (виж фиг. 34).
2. Правене на стерилна превръзка на раната и при изгаряне.
3. Налагане на кръвоспираща превръзка.
4. Налагане на прости имобилизационни приспособления.
5. Първична обработка при употребата на бойни отровни вещества или на атомна енергия.

На всеки боеен пост има санитарно сандъче или санитарна чанта за първа медицинска помощ. Вътре в сандъчето, в специални преградки, се намират медикаментите и различните предмети, с които ще работи бойният санитар.

Мястото, на което лекарят или медицинският техник оказват помощ, се нарича пост на медицинската помощ (МПМ).



Фиг. 32. Схема за разположението на постове за първа помощ и постове за медицинска помощ на крайцер

Тези постове се разгъват обикновено в агитпункта, кают-компанията, кубриците и др. На тези постове за медицинската помощ независимо от това, дали работи лекар или медицински техник, медицинската помощ, която се дава от тях, има следния обем:

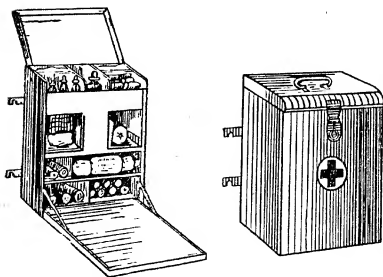
1. Подкожно слагане на морфин.
2. Фиксация на езика при счупване на долната челюст.
3. Въвеждане на канюла при нараняване на трахеята.
4. Масивна превръзка при отворен пневмоторакс.
5. Провеждане на мероприятия по борбата с шока — наркотици, алкохол, сърдечни средства и покой.
6. Налагане на кръвоспиращи превръзки.
7. Поправка на превръзките, наложени в поста за първа медицинска помощ.
8. Иммобилизация със стандартни шини при счупвания на костите на крайниците.
9. Катетеризация на пикочния мехур или пункция при необходимост.
10. Обработка на поразените от бойни отровни вещества или лъчиста енергия.

Опитът показва, че ранените на кораба обикновено се намират в силно психично възбуждение, което се поражда от струпането на много ранени на едно място, стонове на ранените и виковете за помощ и изпръскването на палубите, дрежите и превръзочните материали с кръв. Затова работата на лекаря не е само да дава медицинска помощ, а да успокоява и ободрява ранените. Много пъти оказването



на медицинска помощ остава на втори план пред успокоителните и ободрителни думи и увереността, с която ще работи лекарят.

След свършването на боя, ако на поста за медицинска помощ има доста ранени, то лекарската помощ се ограничава само в неотложни мероприятия, като трахеотомии, оперативна интервенция при отворен пневмоторакс, снемане на кръвоспиращите превръзки, преливане на кръв и слагане на профилактични серуми. Освен това ранените трябва да се регистрират и сортират. По-леките операции се извършват на самия пост, а по-тежките се извършват в главната операционна на кораба, в която работи квалифициран лекар. Работата на допълнителните медицински постове се ограничава, докато се освободят от ранените, които се концентрират на основните постове за медицинска помощ, където работят лекари.



Фиг. 33. Кутии и имущество за първа помощ в отсеците на голям воен кораб

Ако ранените не могат да бъдат евакуирани от кораба към брега до 6 — 12-ия час, то след оказването на първата лекарска и хирургична помощ по жизнени показания обикновено се пристъпва към сложни операции, в които се включват: отваряне на корема, първична обработка на открити счупвания, първична обработка на раните при поразяване от стойки бойни отрови и др.

На корабите с по-малък личен състав — от 200 — 400 човека, обикновено се полага по един лекар. Обемът на медицинската помощ е същият, както и при големите кораби. Помощта, която дават бой-

Фиг. 34. Туба с морфин, намираща се в кутините за първа помощ, за подкожно въвеждане

ните санитарии, е същата, а лекарят и медицинският техник обикновено се извикват там, където има ранени, а това облекчава транспортната. На тия кораби обикновено се разгъват два медицински поста: един, на който работи лекарят, и друг, на който работи медицинският техник. Това е удобно с оглед на това, че нерядко още при първите попадения на кораба се унищожава единият медицински пост с целия му състав. Ако на кораба няма медицински техник, то трябва да се разкрива запасен медицински пост, на който да се премества лекарят при унищожаването на първия медицински пост. Тия медицински постове се разполагат: единият на носовата част на кораба, а вторият — на кърмовата.

На корабите със състав по-малко от 200 човека обикновено има само медицински техник. Той трябва добре да е подготвен да налага превръзки, да прави имобилизации, кръвоспиращи превръзки, подкожни инжекции, да прави имобилизация със стандартни шини, фиксация на езика, въвеждане на трахеална канюла при нараняване на трахеята, да затваря откритите пневмоторакси и пр.

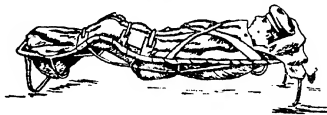
На корабите, на които поради малкия брой личен състав няма медицински органи, каквито са торпедните катери, катерните миночистачи и др., помощ на пострадалите се дава от бойните санитарии, ако има такива, или от самите матроси във вид на само- и взаимопомощ. За да могат моряците да си дават първа медицинска помощ, то на кораба задължително трябва да има сандъче или санитарна чанта за първа помощ с необходимото имущество.

#### Вътрешнокорабна евакуация

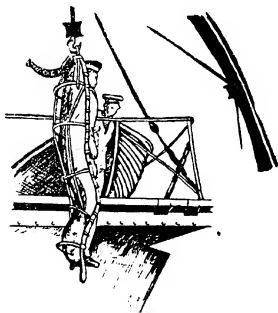
Устройството на корабите затруднява извършването много евакуацията на ранените. Целта на евакуацията е доставяне на раненият от мястото на нараняването му до поста за първа медицинска помощ, а оттам — до поста за медицинска помощ, а при случай на разтоварване до борда на кораба, приемащ ранените, или до пристанището. Евакуацията в кораба може да бъде хоризонтална или вертикална. Пътищата за евакуация не са дълги (ако се вземе предвид дължината на големите кораби, която е средно 200 метра), но са много трудни, тъй като се правят при всевъзможни неудобства, извивки, тесни коридори, стълби, шахти и др.

Съгласно корабното разписание при всеки пост на медицинската помощ има по едно или две носачески звена. Броят на звената средно трябва да е 2 % от броя на личния състав на кораба. След даване на бойна тревога всички водонепроницаеми прегради се затварят, което затруднява много евакуацията, а понякога я прави невъзможна и се чака спирането на боя, за да се изнесат ранените. Щом се появи ранен на бойния пост, то веднага се изпращат санитарите-носачи, за

там. Санитарите-носачи работят със специални носилки, като на Щиле или пакетните носилки (виж фиг. 35). Тези носилки са единствено удобни, защото раненият се прикрепва много здраво към тях, а това позволява неговото пренасяне и неговото издигане от долните палуби



Фиг. 35. Носилката на Щиле с прикрепен към нея матрос



Фиг. 36. Спускане на ранен матрос от боев кораб на транспортен с помощта на носилката Щиле

към горните. За издигането му се използват различните подедни приспособления на кораба (виж фиг. 36). Същите носилки се използват за прехвърлянето на ранните от един кораб на друг. При това прехвърляне е задължително завързването на носилката с въже за направляване и поддържане, за да не падне във водата. При пренасянето от един кораб на друг се използват двойните носилки за едновременно прехвърляне на двама ранени.

#### МЕДИЦИНСКО ОСИГУРЯВАНЕ НА ВОДНА ТРАНСПОРТИРОВКА НА ВОЙСКИ

При извършването на водни десанти е необходимо превозването на голям брой войски части и съединения. Със съвременните големи транспортни средства могат наведнъж да се превозят до 13 000 души с въоръжението им, обзема, боеприпасите и пр.

Различаваме три вида транспортировка: 1) кратковременна — за не повече от 12 часа; 2) средна — от 12 часа до 3 денонощия, и 3) дълга — повече от 3 денонощия.

За средните и дълги транспортировки се използват пътнически, товарно-пътнически и товарни кораби. Най-удобни са товарно-пътническите, тъй като имат места за настаняването на личния състав и място за бойната техника.

При натоварването се съобразяваме, че на 1,4 — 1,75 нето тона от кораба се пада по един боец. Почти винаги е необходимо да се поставят допълнителни отходни места, като се пресметне на 50 човека една точка; същото важи и за умивалниците. Количеството вода, която е необходима за транспортировката, се определя от нормата 6 литра на ден за пиене и притотвяне на храната. Ако се прибави и водата, необходима за миене, пране и пр., са необходими около 50 литра вода на ден за един боец. За измиването на баки и пр. с топла вода се изчислява на 100 човека 25 литра.

При средните и дълги преходи задължително се организират помещения за лазарети, изолатор и амбулатория. На всеки ешелон се назначава лекар от медицинската служба на частта, която се превозва. Лекарят следи за доброкачествеността на продуктите, за санитарното състояние на кухнята, взема всички мерки за предпазване от епидемии и за спазването на личната и колективната хигиена.

#### ОРГАНИЗАЦИЯ НА МЕДИЦИНСКАТА ПОМОЩ НА ПОСТРАДАЛИТЕ ПРИ ДЕСАНТНИ ОПЕРАЦИИ

Водният десант може да бъде диверсионен, тактически, оперативен и стратегически в зависимост от поставените пред него задачи.

Медицинските загуби при десантните операции могат да бъдат значителни — до 50 %.

При стоварване на десанта на брега има няколко тактически момента. В началото се прави стоварването на подразделения за заемане на полоса за прикриването на десанта. Първите стоварени войски обикновено не дават големи загуби. За намаляването на тия загуби трябва да се вземат мерки бойците да са снабдени със спасителни пояси, жилетки или други индивидуални спасителни средства. Помощ на първите стоварени на брега ранени най-често се оказва в

порядъка на само- и взаимопомощ и в по-малко случаи се дава помощ от санитарите. На плавателното средство, с което ранените се прехвърлят на брега, има боен санитар със санитарна чанта, а към всяко стоварено подразделение си има щатен санитар или санитарен инструктор.

В този период на десанта е възможно само налагането на обикновена превръзка. Ранените се отнасят към естествените укрития на местността и се евакуират обратно с празно връщащите се плавателни средства на кораба.

След първите части, стоварени на брега, следва по-голямата част от силите на десанта, които имат задача да заемат достатъчен плацдарм за главните сили на десантната операция и да се придвижат в дълбочина. След тях следват главните сили на десанта и накрая — тилът.

С всяко бойно подразделение се стоварва и неговото щатно медицинско подразделение. Така при стоварването на ротата с нея следва санитарното отделение, което се придвижва с ротата напред и дава първа помощ на пострадалите и изнася ранените от боя.

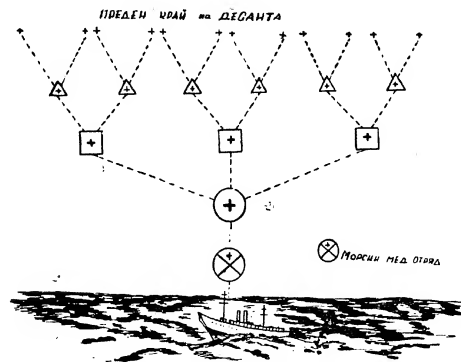
Заедно с батальона се стоварва и медико-санитарният взвод, който разгъва батальонен медицински пункт, който има за задача да изнесе ранените от ротите и да им окаже долекарска медицинска помощ.

Едновременно със стоварването на медико-санитарния взвод на батальона на брега се стоварва и санитарно-евакуационен пост (нещатен) от състава на морския медицински отряд, който приема ранените от батальонния медицински пункт и се разполага по-близо до брега. Той има за задача да евакуира ранените до корабите. В първия момент на десанта обикновено се евакуират само тия ранени, които са могли самостоятелно да се доберат до брега.

Евакуацията се извършва с обратно връщащите се лодки, които отиват да вземат нови войски. Обикновено се наблюдава, че ранените попадат не на тия кораби, на които биха могли да получат квалифицирана медицинска помощ. Затова в санитарно-евакуационния пост се извършва сортировка, и то такава, че тия ранени, които се нуждат от квалифицирана медицинска помощ, да попаднат на тия кораби, на които ще могат да я получат.

При достатъчно разширяване на десантната операция се стоварват и медико-санитарните роти, които разгъват полкови медицински пунктове, а след тях следва вече стоварването на медико-санитарния батальон на дивизията. По това време санитарно-евакуационният пост вече не е в състояние да изпълнява функциите си поради многото ранени, които се събират, и затова на неговото място се разкрива нещатният морски медицински отряд, който поема задачата да сортира и товари ранените на обратно връщащите се плавателни

съдове. Понякога, когато в него пристигнат ранени, на които не е оказана медицинска помощ, такава помощ ранените получават в него (виж схема 37).



Фиг. 37. Схема за организацията на медицинската помощ на ранените при воден десант с разкриването на морския медицински отряд

Организацията на медицинското осигуряване на военно-морските сили е много своеобразна и коренно се отличава от медицинското осигуряване на всички останали родове войски. За неговото правилно организиране медицинските работници във военно-морските сили трябва да имат добра предварителна подготовка.

#### МЕДИЦИНСКО ОСИГУРЯВАНЕ НА АРТИЛЕРИЯТА

Медицинското осигуряване на артилерийските части и съединения се осъществява от медицинските служби на съответната част или съединенията. В артилерийския дивизион има фелдшер, а понякога в някои батареи може да има санитарен инструктор. В артилерийския полк има лекар и подразделения на медицинската служба на полка (медицински пункт); в артилерийската дивизия има дивизионен лекар и необходимите сили и средства за оказване на квалифицирана медицинска помощ.

Медицинското осигуряване на артилерийските части и съединения се организира самостоятелно само в тези случаи, в които на определен участък от фронта има съсредоточени големи количества артилерия.

Артилерийските части и съединения действуват в тилловия район на стрелковите подразделения и медицинското осигуряване най-често се организира съвместно с това на стрелковите части. Това налага ръководството на медицинското осигуряване на артилерията да се осъществява от медицинския началник на стрелковите части в района, в който действа артилерията. Целесъобразно е силите и средствата на артилерийските части да не разгръщат свои медицински пунктове, а да се използват за усиление на медицинските пунктове на стрелковите части и съединения или за маневриране с медицинските пунктове на стрелковите части.

В артилерийските войски загубите обикновено са по-малки от тези на стрелковите части и това улеснява медицинското осигуряване на артилерията, затова и съставът на медицинските служби на артилерийските части и съединения е значително по-скратен, отколкото в стрелковите. Всички мероприятия по медицинското осигуряване на артилерията са аналогични на тези при стрелковите части. Тук трябва да се обърне внимание на това, че и най-малката повреда на слуховия орган пречи значително на службата в артилерията. Затова при заболявания или наранявания в областта на слуховия орган раненият трябва да бъде евакуиран от артилерийската част. Освен това съвременната артилерия използва редица усъвършенствувания и апаратура, което налага използването на смазочни материали, поради което е необходимо да се вземат мерки за редовното измиване на бойците с топла вода. В противен случай се крие опасност от развитието на кожни заболявания сред артилеристите. Също така трябва да се вземат мерки против отравяне от експлозивните газове, ако се създават условия за тяхното задържане в мястото на артилерийските позиции.

## Глава XVI

КРАТКИ СВЕДЕНИЯ ЗА МЕДИЦИНСКАТА СЛУЖБА  
НА ОТДЕЛНАТА АРМИЯ

Отделната армия е оперативно обединение на един или няколко рода войски. В зависимост от състава на родовете войски, които влизат в отделната армия, има: общовойскава армия, танкова, въздушна и др.

Тилът на отделната армия се състои от армейските тиллови части и учреждения и от тилловия район на армията, който е определен за тилловите учреждения. Границата на тилловия район се определя откъм фронта със задната граница на общовойсковия тиллов район, а откъм тила — с предната тилова граница на фронта. Ширината на тилловия район зависи от ширината на фронта на армията, а дълбочината зависи от оперативната задача, която има армията, пътищата за подвоз и евакуация и т. н. Дълбочината се колебае от 50 — 100 км, а в съвременната война може да достигне и до 200 — 300 км.

Медицинската служба на отделната армия се състои от медицинските служби на съединенията и частите, които влизат в състава на армията, и армейските медицински учреждения и подразделения.

Организацията на медицинската служба на отделната армия се оформи в Съветската армия в началото на Великата отечествена война на СССР и продължи да се развива в хода на самата война за да отговаря на съвременните изисквания за водене на война. За да може една съвременна отделна армия да бъде осигурена правилно и своевременно в медицинско отношение, то организацията на нейната медицинска служба трябва да почива на същите принципи и форми, които имаше медицинската служба на отделната армия в Съветската армия, като се отчете характерът на съвременната война.

Пред медицинската служба на армията стоят важни задачи по лечебно-евакуационното осигуряване, санитарно-профилактичното и противоепидемичното, противобактериологичното, санитарно-химичното и противоотомното, снабдяването и полтотовката на личния състав на медицинската служба.

Задачите на лечебно-евакуационното осигуряване се осъществяват, като медицинската служба организира евакуацията на ранените и болните от медицинските пунктове на съ-

диненията и частите в армейските медицински учреждения. За провеждането на евакуацията по назначение медицинската служба организира разгръщането на специализирани медицински учреждения, в които се оказва квалифицирана и специализирана медицинска помощ на ранените и болните и подготовка им за по-нататъшна евакуация. В армейските медицински учреждения се организира болничното лечение на тези ранени и болни, които временно не подлежат на евакуация, и лечението на голяма част от леко ранените за повече от 30 дни. Освен това медицинската служба организира евакуацията и товаренето на ранените и болните при евакуацията им във фронтовите медицински учреждения. За правилната и своевременна евакуация към войсковите съединения и части се изпращат санитарно-транспортни средства за усиление на техните медицински служби.

За осъществяването на санитарно-профилактичните, противоспидемичните и противобактериологичните задачи медицинската служба организира медицинско разузнаване на района на разположение на войските и в тилския район. При организирането на медицинското разузнаване се използват всички достъпни средства за изясняването на санитарно-епидемичното състояние на района и войските, включително и на територията, заета от противника. Медицинската служба следи за спазването на личната и колективната хигиена и провежда контрол за бита и физическото състояние на личния състав на армията, а така също и за евакуацията на инфекциозно болните.

По отношение на санитарно-химичната и противоязмовната защита медицинската служба на армията организира санитарно-химичното и радиационното разузнаване и лечебно-евакуационното осигуряване на поразените от бойни отровни вещества и атомно оръжие.

Пред медицинската служба на армията стои и задачата да организира снабдяването с медико-санитарно имущество на медицинските служби в съединенията и частите и медицинските учреждения, за което тя организира приемането, регистрацията, съхранението и разпределението на медико-санитарното и санитарно-домашното имущество, сапуна и витамините. Освен това организира събирането и провеждането в известност и използването на трофейното медико-санитарно имущество.

По отношение на личния състав медицинската служба на армията организира отчета на целия личен състав на медицинската служба, както и повишаването на квалификацията и подготовката на сержантския състав на медицинската служба.

За осъществяването на тези задачи медицинската служба на армията разполага с достатъчно сили и средства. Към силите и средствата, с които трябва да разполага медицинската служба на отделната армия, се отнасят:

#### I. Лечебни учреждения:

- а) хирургични полски подвижни болници (ХППБ);
- б) терапевтични полски подвижни болници (ТППБ);
- в) инфекциозни полски подвижни болници (ИППБ);
- г) болница за леко ранени (БЛР);
- д) евакоприемник (ЕП);
- е) евакуационна болница (ЕБ);
- ж) сортировъчна евакуационна болница (СЕБ).

Тези лечебни учреждения осигуряват организацията и провеждането на квалифицираната и специализираната медицинска помощ в армейския тилос район.

Хирургичните полски подвижни болници (ХППБ) се използват най-често в първия ешелон на болничната база и когато на дивизионния медицински пункт се очаква постъпването на голям брой ранени, една част от ХППБ се изпращат напред и образуват ХППБ от първа линия. ХППБ са такива лечебни учреждения, които могат да се придвижват самостоятелно със собствен транспорт и да се разкриват в полски условия, тъй като те разполагат с палатъчен фонд.

Терапевтичната полска подвижна болница (ТППБ) е предназначена за лекуването на болните, които също могат да се придвижват самостоятелно. Тя се разгръща в собствени палатки в полски условия.

Евакоприемникът (ЕП) представлява полево подвижно учреждение и се разгръща за приемането на леко ранените и болните от войсковия район и тежко ранени и болни от медицинските учреждения на армията. Евакоприемникът се разгръща с оглед за евакуацията на ранените от първия ешелон на армейската болнична база към втория ешелон или за евакуация във фронтовата болнична база. Медицинската помощ в евакоприемника се свежда до поправка на някоя превръзка без хирургична интервенция. Понякога към евакоприемника освен превръзочна се организира и операционна, и то в такива случаи, в които обстановката позволява. Мястото, където се разгръща евакоприемникът, е обикновено в близост до железопътни станции, като в такива случаи се организира и приредсов приемник.

Евакуационната болница (ЕБ) е армейско медицинско учреждение от общ тип за лекуването на ранени и болни. Евакуационната болница не може самостоятелно да се придвижи, поради това че тя не разполага със собствен транспорт. Тя се разгръща в населени места и ползува местните жилищни помещения, а когато се наложи да се премества, обикновено ползува железопътния превоз.

Евакуационната болница не се използва като болница от общ профил, но по изключение може да се използва и като такава. Най-често евакуационната болница се специализира, като към нея се изпращат съответните специалисти, и в такива случаи тя се използва

като хирургична евакуационна болница (ХЕБ) или терапевтична евакуационна болница (ТЕБ). Освен това в евакуационната болница може да има отделно специализирани отделения или цялата да е специализирана, напр. неврохирургична, кожно-венерична и др.

В зависимост от функциите на евакуационните болници те могат да бъдат и сортировъчни (СЕБ), и контролно-евакуационни болници (КЕБ). Когато няма контролно-евакуационни болници, то техните функции могат да се поемат от сортировъчните болници.

Освен специализацията на евакуационните болници такава специализация се прави и на полевите подвижни болници с групи от специалисти, с които разполага началникът на медицинската служба на армията. Тези групи са обединени в специално медицинско подразделение към медицинската служба и се нарича отделна рота за медицинско усиление (ОРМУ). По такъв начин ХППБ стават специализирани полски подвижни болници (СППБ), като в зависимост от изпратените специалисти може да бъде за наранявания на главата и гръбначния стълб (неврохирургия), за големите кости и ставите (ортопедия) и др.

Болница за леко ранени (БЛР) — използва се за лекуването на леко ранени и може да се разгръща при всякакви условия — в населени пунктове или в полски условия.

Медицински разпределителен пост (МРП) — изпраща се на няколко километра от болничната база по евакуационните направления със задача да разпределя пристигащите ранени и болни от войсковите райони в лечебните учреждения на армията.

Освен тези учреждения медицинската служба на армията трябва да разполага още с патологоанатомична лаборатория (ПАЛ), център за кръвопреливане и полски армейски медико-санитарен склад (ПАОС).

#### ТРАНСПОРТНИ СРЕДСТВА — КОННО-САНИТАРНА РОТА И АВТОСАНИТАРНА РОТА (КСР И АСР)

В състава на конно-санитарната рота влизат санитарни линейки, четириколки и санитарни двуколки. Понякога конно-санитарната рота може да бъде окъмплектувана с обикновени каруци, които дават възможност за по-голяма подвижност и преминаване на ротата по всякакъв вид пътища. Използването на конно-санитарния транспорт най-често се прилага в предните звена на медицинската служба, обаче при гористо-планински терен и при липса на шосейни пътища конно-санитарната рота може да се използва и за евакуация на по-големи разстояния. В такива случаи етапите на медицинската евакуа-

ция се приближават на максимално близки разстояния до бойния ред на войските. Когато обаче разстоянието е по-голямо, целесъобразно е разкриването на медицински подкрепителни пунктове по пътищата на евакуация, които да могат да оказват медицинска помощ и да раздават топла храна на преминаващите ранени и болни.

Характерно за конно-санитарния транспорт е това, че той е бавно подвижен и с малка товароподемност, затова най-често се използва за усиляването на предните звена на медицинската служба и за вътрешнопунктово превозване на ранените.

Въпреки че съвременната война изисква приложението на бърз моторен санитарен транспорт, което се обуславя от развитието на техниката и широката пътна мрежа, все пак не можем да отхвърлим конно-санитарния транспорт, тъй като в отделни случаи, например в условията на силно пресечена местност, той има редица предимства пред моторния. Това налага неговото използване и в евентуалните бъдещи войни.

Автосанитарната рота е мощно обединение на моторни транспортни средства, които се използват за усиляването на общовойсковите медицински служби и за евакуация на ранените и болните от войсковите райони до болничната база на армията. В съвременните войни автосанитарният транспорт придобива все по-голямо значение и той продължава да се усъвършенствува и развива. В него се включват обикновените автосанитарни средства, санитарни автобуси и товарни коли, които се приспособяват за евакуация на ранените и болните.

Освен тези санитарно-транспортни средства към медицинската служба на армията е необходимо да има и военно-санитарна летателна (ВСЛ).

#### Противоепидемични учреждения в армията:

1. Санитарно-епидемичен отряд (СЕО).
2. Инфекционно полева подвижна болница (ИППБ).
3. Обмивно-дезинфекционна рота (ОДР).
4. Полеви-банен отряд (ПБО).
5. Полеви-перален отряд (ППО).
6. Санитарно-контролни пунктове (СКП).

1. Санитарно-епидемичният отряд в армията е основно противоепидемично учреждение, което осъществява противоепидемичните и санитарно-хигиенните мероприятия, съчетани с лабораторни изследвания. Пред санитарно-епидемичния отряд стоят следните задачи: а) провеждане на противоепидемични мероприятия и контрол за провеждането на такива мероприятия в частите, съединенията и медицинските учреждения; б) санитарно-епидемично наблюдение на територията на армията; в) разработка на материали по епидемичното състояние на войските и на местното население

на района на армията за използването им от началника на медицинската служба на армията; г) разработка на планове по профилактичните мероприятия; д) медико-санитарен контрол по водоснабвяването и храненето; е) провеждане на бактериологични, хигиенни и химични анализи и индикации за бойни отровни вещества и ж) ръководство на противоепидемичната работа на лекарите в съединенията, частите и учрежденията и непосредственото участие в противоепидемичната борба в инфекциозното огнище.

В състава на санитарно-епидемичния отряд влизат базови и подвижни лабораторни отделения. Базовите лабораторни отделения са снабдени с возимо имущество. Подвижните лабораторни отделения са обзаведени и окомплектовани с имущество, което позволява да се разгръща в подходящи помещения и лаборатории. Най-често подвижните лабораторни отделения разполагат с автолаборатории, които позволяват да се провеждат изследвания на мястото, където е възникнала епидемията. В лабораториите на санитарно-епидемичния отряд могат да се извършват санитарно-хигиенни и бактериологични изследвания. Автолабораториите се обслужват от двама лекари — бактериолог (епидемиолог) и хигиенист, и един лаборант. Освен това към санитарно-епидемичния отряд има специалисти лекари — епидемиолози, бактериолози, хигиенисти, инфекционисти и др. През време на отбранителни боеве санитарно-епидемичният отряд придвижва своите подвижни отделения във военния район и се прикрепя към някое съединение. Това улеснява ръководството на противоепидемичната работа в частите и съединенията.

При настъпление подвижните разузнавателни групи от санитарно-епидемичния отряд следват зад настъпващите части, провеждайки санитарно-епидемично разузнаване, и ликвидират откритите епидемични огнища. Наред с това подвижните отделения на санитарно-епидемичния отряд изпълняват и санитарно-хигиенни и противоепидемични мероприятия в частите и съединенията. В настъпателния бой санитарно-епидемичният отряд най-често се разделя, като подвижните лабораторни отделения следват частите, а базовите — обслужват армейския тил.

Освен провеждането на противоепидемичните мероприятия сред войските санитарно-епидемичният отряд провежда и мероприятия по санитарното оздравяване на населените пунктове, разположени по основните комуникации. В него се завършва и повишава квалификацията на бактериолозите и епидемиолозите на съединенията и на старшите полкови лекари. В санитарно-епидемичния отряд се подготвят и необходимите лаборанти за инфекциозната полева подвижна болница и за медико-санитарните батальони.

2. Инфекциозната полева подвижна болница (ИПБ) е армейско лечебно учреждение, предназначено за изолация

и лечение на инфекциозно болните от състава на армията. Един от основните принципи за предпазване и борба с инфекциозните заболявания е изолирането на болните и тяхното лечение на място, т. е. там, където се намира биецът в момента на заболяването, или в най-близкото до тях лечебно учреждение. Лекуването на заразно болните на място изключва тяхното превозване и с това се намалява възможността за разсейването на инфекцията. Наличността на специализирани болници за инфекциозно болни дава възможност да се осъществи евакуацията на инфекциозно болните „по назначение“, като се избягва спирането им по другите етапи на медицинската евакуация и с това се намалява възможността за разсейването на заразата.

През времето на Великата отечествена война на Съветския съюз инфекциозната полева подвижна болница е представлявала учреждение с емкост от 100 легла, разполагащо с възможност да се разделя на две отделения, за две отделни инфекциозни заболявания. В отделни периоди на войната се е случвало инфекциозната полева подвижна болница да приема много повече болни от нейните възможности. Освен това в някои случаи се е налагало да се приемат повече от два вида инфекциозни заболявания. Това показва, че организационната структура на болницата трябва да бъде такава, че да може при необходимост да обслужва повече от два вида инфекциозни заболявания. Освен използването на инфекциозната полева подвижна болница за изолация и лечение на заразно болните за същата цел могат да се използват и терапевтичните болници, като към тях се изпращат специалисти инфекционисти, а терапевтичната болница приема режима на инфекциозна.

Обикновено инфекциозната полева подвижна болница се разкрива в армейския тил, и то най-често извън населените пунктове, близо до евакуационните пътища, като обикновено ползува общия евакуационен път, а по изключение може да се отдели самостоятелен такъв за особено опасните инфекции.

Евакуацията на инфекциозно болните от изолаторите на частите и съединенията се извършва със специален транспорт, който се изпраща от инфекциозната болница. Транспортът трябва да бъде закрит, а през зимата освен това и задължително отоплен. Придружаващият транспортното средство с инфекциозно болните трябва да разполага с необходимите средства и имущество за обслужването на болните, а също така и за провеждането на текуща дезинфекция. В една санитарна линейка може да се превозат болни само от един вид заболявания, като след всеки рейс задължително се извършва дезинфекция на транспортното средство, а медицинският орган, който придружава транспорта, се подлага на санитарна обработка.

При възникването на големи епидемии или заболявания от особено опасни инфекции инфекциозната болница се придвижва и се



разкрива на мястото на възникването на инфекцията независимо от това, къде се намира това място, даже и във войсковия район.

Инфекциозната полева подвижна болница е краен етап в евакуацията на инфекциозно болните. Масова евакуация от инфекциозната болница към тила може да бъде разрешена само в изключителни случаи, и то най-често принудително, поради напускането от войските на територията, на която са били дотогава. В обикновените случаи зад пределите на инфекциозната полева подвижна болница се евакуират към тила само хронично протичащи инфекции и техните усложнения (бруцелоза, тежка маларична кахексия и др.).

Когато възникне необходимост за преместването на инфекциозната полева подвижна болница към тила, необходимо е да се вземат мерки за предотвратяване разпространението на инфекцията. Обикновено болните от един вид заболявания се поставят в един ешелон и се отправят към тила; при невъзможност за спазването на тоя принцип може да се организират смесени ешелони, като, разбира се, във всяка машина се поставят болни само от един вид заболявания.

Инфекциозната полева подвижна болница играе важна роля в противоепидемичната борба на медицинската служба на армията, като се свързва с обслужващите войсковы части и съединения и им помага в организирането и провеждането на противоепидемичните мероприятия. Пред болницата се поставят следните задачи: а) да евакуира болните от изолаторите на частите със собствен санитарен транспорт; б) да обеззаразява транспортните средства и да проведе санитарна обработка на персонала, който то придружава; в) приемане и санитарна обработка на болните, обеззаразяване и дезинфекция на личните вещи на болния и провеждането на текуща дезинфекция в самата болница; г) по възможност бързото поставяне на диагнозата на заболяването и осигуряването на специализирана медицинска помощ; д) своевременното сигнализиране в поделенията на болните и медицинския отдел на армията за диагнозата на заболяването; е) даване на указания на медицинската служба за по-нататъшното наблюдение на оздравелите или за продължаването на неговото лечение.

За да осъществи тези свои задачи, инфекциозната болница трябва да държи тясна връзка с останалите противоепидемични учреждения на армията. Ръководството на инфекциозната полева подвижна болница трябва да се възлага на армейския (фронтвия) епидемиолог, за да може най-правилно да бъде използвана.

В състава на болницата се разкриват обикновено две или три клинични отделения, приемник със санитарен пропускник, бактериологична и клинична лаборатория, аптека, домакински подразделения, взвод за обслужване и команда за оздравяващи.

Мястото за разкриването на инфекциозната болница трябва да бъде изолирано от големите населени пунктове, да е сухо и по въз-

можност на възвишение, залесено, далеч от водохранилища и др. Ако съществува възможност за използването на местни жилищни постройки, то те трябва предварително да бъдат почистени и дератизирани — включително и районът.

Редица специфични особености на особено опасните инфекции (холера, чума) могат да предизвикат необходимостта да се създадат специални болници за особено опасни инфекции, които се окомплектуват с най-добрите и високо квалифицирани лекари.

Целият персонал, който обслужва болните в инфекциозната болница, се намира под карантина.

В условията на съвременната война, когато опасността от прилагането на бактериологичното оръжие като средство за масово унищожаване е много вероятна, инфекциозната полева подвижна болница има да играе решителна роля в запазването на войските от епидемии.

3. Обмивъчно-дезинфекциозната рота представлява противоепидемично учреждение на армията, което има за задача да провежда санитарната обработка и дезинфекцията на войсковите части и съединения при епидемични показания. Тя е снабдена с авто-дезинфекционни камери и автодушови инсталации. Придава се към армията (фронта) по една или по няколко в зависимост от обстановката. Опитът от Великата отечествена война на Съветския съюз показва, че обмивъчно-дезинфекциозната рота не може да се използва в участъка на полка поради близостта на артилерията на противника. Обмивъчно-дезинфекциозната рота намери голямо приложение по основните участъци на военните пътища при действия на Съветската армия, като се е използвала за санитарна обработка на войските, намиращи се в движение. В периодите на настъпателните боеве и операции е била използвана за санитарна обработка и на местното население. Най-често тя се е разполагала в близост до воден източник и се разкривала в собствени палатки, като работата в нея се е осигурявала по поточната система (виж схемата).

4. Полевият банен отряд (ПБО) е предназначен за санитарната обработка на личния състав на частите и съединенията. Той разполага с примитивни технически съоръжения, които могат да се пренасят и отрядът може да работи даже и в района на батальона, като провежда санитарна обработка на самата бойна линия. Полевият банен отряд се намира под ръководството на армейския (фронтвия) лекар, но може да се придава и на войсковите части и съединения. Разполага с казани за затопляне на водата, дезинфекционни машини с топъл въздух и друго имущество (бръснаци, сапун и пр.) и се настанява най-често в землянки или мазета, а понякога и в палатки. За разгръщането му са необходими 1—2 часа и има пропускателна способност до 500 човека на денонощие.

5. Полевият перален отряд (ППО) играе важна роля за изпирането на бельото на бойците и може да осигури до 24 % пране на бельото от необходимото. Той се разполага обикновено между две съединения, за да може едновременно да обслужва и двете. Снабден е с полумеханизирани ръчни машини за изпиране, казани, ръчни педалки, ръчни гладачници и др. Обикновено се разгръща в жилищни помещения или в палатки. Поради изразходването на много вода при прането необходимо е той да се разполага в близост до големи водоизточници. Освен това той трябва да разполага с необходимото количество обменен фонд бельо (5000 комплекта). След изпирането на бельото то трябва да се импрегнира с ДДТ. За превозването на отряда трябва да се използват автотранспортни средства или конен транспорт.

6. Санитарни контролни пунктове (СКП). Те се организират най-често по големите шосейни и железопътни пътища, където става превозването на войски, и имат за задача да контролират санитарно-епидемичното състояние на преминаващите войски, като при необходимост могат да спират преминаващите ешелони за извършване на санитарна обработка. Санитарно-контролните пунктове разполагат с необходимите мотодезинфекционни камери за извършване на дезинфекция, дезинсекция и санитарна обработка на преминаващите войски. СКП е важно звено от противоепидемичните учреждения за предпазването на войските от проникването в тях на инфекция и най-важното за предпазването на фронта от проникването в него на инфекция или за разпространяването ѝ от фронта към тила.

За правилната организация на противоепидемичната работа в отделната армия е необходимо всеки медицински началник да знае санитарно-епидемичното състояние на своята част или район, за който цел е необходимо провеждането на непрекъснато разузнаване.

• • •

Ръководството на медицинската служба на армията се осъществява от началника на медицинската служба — армейския лекар, който е подчинен на началника на тила на армията. По специалността си армейският лекар се ръководи от началника на медицинската служба на фронта. За правилната организация на своята работа началникът на медицинската служба е длъжен да поддържа постоянна и тясна връзка с щаба на тила, откъдето получава ориентировка за оперативната и тилова обстановка. С щаба на тила той съгласува местата за разгръщането на медицинските учреждения на армията, пътищата за евакуация на ранените и болните, използването на празно връщащия се транспорт и други подобни въпроси.

Началникът на медицинската служба на армията представя на щаба на тила данни по медицинското осигуряване на армията, които е необходимо да бъдат включени в общия план за осигуряването на

бойните действия. Също така той представя на началника на тила раздела по медицинската служба в заповедта по тила и тиловите сводки, необходими на началника на тила при докладването на състоянието на тила пред командващия.

Опитът показва, че за най-важните моменти от подготовката и воденето на операциите командващият армията изисква лично доклад от началника на медицинската служба по организирането на медицинското осигуряване. Това налага армейският лекар да поддържа непрекъсната връзка и с щаба на армията, особено с оперативния отдел, за да може да получава редовно ориентировка по медицинската обстановка.

Към армейския лекар трябва да има заместник по политическата част, който да осъществява партийно-политическата работа сред работниците от медицинската служба. В подчинение на армейския лекар е необходимо да има медицински отдел в армията, в който да влизат следните отделения: лечебно-евакуационно, противоепидемично, кадрово и медицинско снабдяване. Освен това трябва да има специалисти: хирург, терапевт, епидемиолог и др., които подпомагат началника на медицинската служба на армията в провеждането на лечебно-профилактичните и др. задачи, които стоят пред медицинската служба. При необходимост от най-добрите лекари на болничната база или от медицинските подразделения за усиление се назначават нещатни армейски специалисти, като окулист, невропатолог и др.

За да може правилно да се осъществи ръководството на медицинската служба, армейският лекар освен връзката, която поддържа с началника на тила, е необходимо да поддържа такава връзка и с командирите на войсковите съединения, за да може най-правилно да използва дивизионните средства на медицинската служба в общото осигуряване на армията. От друга страна началникът на медицинската служба на армията трябва да поддържа връзка с началниците на различните служби, като интендантската, железопътната, финансовата и др., за правилното организиране на взаимодействието с тях при медицинското осигуряване на армията.

Средствата, които се оставят на разположение на армията и организацията на лечебно-евакуационното осигуряване зависят от конкретната оперативна обстановка. Така например в периода на маневрената отбрана във Великата отечествена война на съветските народи в разпореждане на армейския лекар са били оставяни само известен брой полеви подвижни учреждения, а останалите средства на медицинската служба са били централизирани в ръцете на фронтовата медицинска служба. В този период на войната най-важната задача на лечебно-евакуационното осигуряване е била бързата евакуация на ранените от войсковия и армейския район, поради което редица задачи на медицинската служба на армията са се осъществя-

вали от медицинската служба на фронта (специализираната медицинска помощ).

Съвсем друго е било организирано лечебно-евакуационното осигуряване на армиите при преминаването към решителното настъпление. Били са създадени мощни болнични бази на армиите, като освен ППБ са били включени и евакуационни болници. Тези средства са били необходими, за да се приближат квалифицираната и специализираната медицинска помощ към настъпващите войски.

За оказване специализирана помощ медицинската служба на армията организира болнична база на армията (ББА), която обединява всички лечебни учреждения на армията без ХППБ от първа линия. Разположението на лечебните учреждения на ББА може да бъде в един или в няколко района. В зависимост от това, дали лечебно-евакуационното осигуряване се организира по едно, или повече евакуационни направления, и от дълбочината на армейския тил район както в изходно положение, така и при развитието на бойните действия може да има най-различни случаи за организацията на ББА. Тя може да се организира в един или два ешелона, което ще рече, че по едно евакуационно направление лечебните учреждения на ББА се разполагат в два последователни района. При организиране на лечебно-евакуационното осигуряване на армията по две евакуационни направления първият ешелон на ББА може да бъде организиран отделно по двете евакуационни направления, а вторият ешелон да бъде организиран в район, където се събират пътищата от тези две направления.

Първият ешелон на ББА се състои предимно от полеви лечебни учреждения: ХППБ, ТППБ, ИППБ, БЛР и ЕП. Той се разполага обикновено на шосе или пътища за съобщения или в района на някоя разтоварна станция. Отдалечаването на този ешелон от линията на фронта е било средно 15—25 км. Специализацията на медицинската помощ се организира главно със силите и средствата на ОРМУ, която има специализирани хирургични групи. За регулиране на евакуацията по назначение от войсковите съединения и части пред първия ешелон в район, където се събират пътищата от ДМП, се организират нещатни медицински разпределителни постове (МРП), които въз основа проверката на медицинската документация и състоянието на евакуираните ги насочват строго по назначение в съответните лечебни учреждения на първия ешелон.

Лечебните учреждения на първия ешелон на ББА са осъществявали:

1. Оказване специализирана медицинска помощ.
2. Приемане за окончателно лечение на леко ранените, които могат да бъдат върнати в строя до 30 дни.

3. Приемане болни за установяване на диагнозата и лечението на тези от тях, които могат да бъдат върнати в строя в по-кратки срокове.

4. Временна госпитализация на нетранспортабилните.

5. Лечение на инфекциозно-болните.

Вторият ешелон на ББА се разкривал по-дълбоко в армейския тил район, обикновено в района на станциите за снабдяване, но в някои случаи и на шосейни пътища. В неговия състав също така влизат полеви лечебни учреждения, БЛР, но същевременно се включват и евакуационни болници (съответно специализирани) и понякога една сортировъчна евакуационна болница. Както се вижда, профилировката на болниците от втори ешелон е същата както на болниците от първи ешелон. Вторият ешелон им за задача да приеме ранените от първи ешелон, да задържи тези, които не трябва да излязат извън района на армията, и да подготви евакуацията към фронтовия тил.

Разполагането на лечебните учреждения на болничната база на армията в групи под общо ръководство има редица преимущества: облекчава се използването на санитарния транспорт и транспорта на подвоза за евакуация на ранените, опростява се евакуацията по назначение, създават се благоприятни условия за взаимна материална и консултативна помощ между лечебните учреждения, за противоепидемична защита на същите и тяхната охрана и отбрана. Освен това се осигуряват по-добри възможности за рационално използване на щатния транспорт на учрежденията за снабдяването им, за превозване на ранените и болните, за преместването на лечебните учреждения, а също така се облекчава ръководството на лечебните учреждения.

Ръководството на дейността на ББА се възлага на управлението на полевия евакуационен пункт (ПЕП). Той обединява полевите подвижни и лечебно-евакуационни учреждения на ББА, санитарно-транспортните и други средства под общо ръководство. Ръководството на групите лечебни учреждения на първи ешелон обикновено се възлага на управление на челно отделение на полевия евакуационен пункт (ЧОПЕП). ЧОПЕП представлява обединена група от лечебни учреждения на армията, санитарно-транспортни и други средства, изнесени на шосейните пътища или на стика на шосейните и жп. пътища за евакуация.

Ръководството на работата на силите и средствата на медицинската служба, които са отделени за осигуряване бойните действия на войските по даденото направление, обикновено се възлага на един началник на евакуационното направление. За такъв началник може да бъде определен началникът на полевия евакуационен пункт, началникът на челното отделение на полевия евакуационен пункт или на

специално съставена за целта евакуационна група по разпореждане на армейския лекар.

Противоепидемичното осигуряване на войските на армията цели да не допусне проникване и развитие на инфекциозни заболявания. За тази цел районите за разположение и действие на войските се подлагат на непрекъснато проучване и наблюдение и се създава контрол на движещите се войски и гражданско население от тила към фронта и, обратно, от войсковия район към армейския тилов район. Организацията на противоепидемичните мероприятия по армейските комуникации във войските, по цялата територия на армейския тилов район, по етапите на медицинската евакуация и пр. целят създаването на мощна бариера за непроникване на инфекциозни заболявания от гражданското население във войските, от една част в друга, от един район в друг, а там, където се открият такива заболявания, бързо да се изолират и ликвидират преди развитието им в епидемия.

Организацията на медицинското осигуряване на армията е сложен и разнообразен процес, поради което се налага точно планиране на медицинското осигуряване. Планирането е един от най-важните раздели от управлението на медицинската служба в армията.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. А. С. Георгиевски — Основи на организацията и тактиката на медицинската служба в Съветската армия, II издание, ДВИ, 1954 г.
2. Е. И. Смирнов — Въпроси по организацията и тактиката на санитарната служба, превод. Лекооп, 1947 г.
3. Е. И. Смирнов — Советские военные врачи в Отечественную войну, Москва, "Советская наука", 1946 г.
4. Энциклопедический словарь военной медицины, Государственное издательство медицинской литературы, 1948 г.
5. Большая советская энциклопедия, т. I до т. 29.
6. Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне, Медгиз, Москва, 1941—1945 г.
7. Н. Н. Савицкий — Частная патология и терапия поражений боевыми отравляющими веществами, издание III — Наркомздрав, СССР, 1941 г.
8. Елаиски — Военно-полевая хирургия.
9. И. В. Сталин — Вопросы на Ленинизма.
10. И. В. Сталин — За Великата отечествена война.
11. И. В. Сталин — Марксизмът и въпросите на езикознанието, издание БКП, 1952 г.
12. Енгелс — Диалектика на природата, Отпз, 1948 г.
13. Военно-медицинско дело (Военно-санитарно дело), списание от 1947—1954 г.
14. И. А. Минкевич — Учебник по инфекциозни болести, превод от руски, издание Фонд военно-медицинско дело, 1950 г.
15. Л. С. Фридлянд — По дарога на науката, издание Советская наука, Москва, 1954 г.
16. И. А. Науменко — Атомната енергия и нейното използване, превод от руски, издание ДОСО, 1955 г.
17. И. Р. Петров — Шок в космоса, издание Военно-морской медицинской академии, Ленинград, 1947 г.
18. М. М. Розентал — Марксовият диалектически материализъм, издание на БКП, 1953 г.
19. Н. И. Пирогов — Севастополските писма и воспоминания, издание Академии наук СССР, 1950 г.
20. Н. Н. Бурденко — Собрание сочинений, Академия наук, т. I до т. 6, 1952 г.
21. М. И. Борсуков — Великата Октябърска социалистическа революция и организацията на съветското здравеопазване, Медгиз, 1951 г.
22. МНО — Танкът в боя, 1950 г.
23. Ф. Ф. Андреев и Б. В. Пуни — Организация на хирургическата помощ.
24. П. В. Коларов — Организация на здравеопазването.
25. М. М. Гуревич — Ръководство за санитарни подофицери. Библиотека за военни учебни помагала.
26. Б. Е. Панкратов — Хирургия на военно-полетни повреди на гърди, II издание, 1949 г.
27. Ив. Дренски — Записки по история на военното изкуство, част I, 1948 г.
28. Ф. Ф. Андреев и Б. В. Пуни — Организация на хирургическата помощ на военна морска флота, Ленинград, 1947 г.

29. Е. Каменов — Бактериологична война, дисертация, 1954 г.
30. Л. Инфелд — Атомна и водородна бомба, списание „В защита на мира“ (на руски), бр. 3, 1953 г.
31. Г. Покловски — Ударна вълна, в. „Красная звезда“, бр. 106 — 6. VI. 1951 г.
32. М. Архипов — Светлинно излъчване, в. „Красная звезда“, бр. 108 — 8. V. 1954 г.
33. А. Седов — Проникваща радиация, в. „Красная звезда“, бр. 112—13. V. 1951 г.
34. А. Седов — Радиоактивни вещества, в. „Красная звезда“, УУД от 118 от 20. V. 1954 г.
35. В. Левников — Радиоактивни излъчвания, в. „Красная звезда“, бр. 123 от 26. V. 1954 г.
36. А. Глушко — Използуване защитните свойства на местността, в. „Красная звезда“, 201 от 25. VIII. 1954 г.
37. А. Глушко — Инженерно оборудване на местността, в. „Красная звезда“, бр. 202 от 26. VIII. 1954 г.
38. А. Дорофеев — Радиационно разузнаване, в. „Красная звезда“, бр. 252 от 23. X. 1954 г.
39. П. Каменко — Дезактивация и санитарна обработка зиме, в. „Красная звезда“, бр. 25.
40. А. Иванов — М. Фоменко — Санитарна обработка и дезактивация на обектото, в. „Красная звезда“, бр. 304 от 24. XII. 1954 г.
41. П. Науменко — Дозиметрически контрол, в. „Красная звезда“, бр. 259 от 31. X. 1954 г.
42. Куршаков — Остра лъчева болест, в. „Медицински работник“, бр. 74—54 г.
43. Гамелия Донски — Остра лъчева болест, сп. „Военно-медицинско дело“, кн. I, 1955 г.
44. Рованов — Особенности в протичането и терапията на раните при комбинирани поражения, Военно-медицински журнал, бр. III, 1955 г.
45. За някои въпроси на САЩ по тактиката на сухопътните войски в условията на употребата на атомното оръжие, в. „Красная звезда“, бр. 40 от 17. II. 1955 г.

## СЪДЪРЖАНИЕ

Предговор	5
Увод	7
ОБЩА ЧАСТ	
Глава I. Организация и тактика на медицинската служба	15
Предмет и метод	15
Задачи на организацията и тактиката на медицинската служба	20
Съдържание на организацията и тактиката на медицинската служба	21
Роля и място на организацията и тактиката на медицинската служба	22
Глава II. Задачи, организация и състав на медицинската служба във военно време	24
Особености в дейността на медицинската служба във военно време	30
Глава III. Организация на лечебно-евакуационното осигуряване	32
Воени загуби и тяхната класификация	32
Системи за лечебно-евакуационно осигуряване	36
Характерни особености на системата „етапно лечение с евакуация по назначение“	40
Сортировка на ранените и болните	48
Организация на медицинската евакуация	51
Етап на медицинската евакуация	54
Глава IV. Организация на противоепидемичното осигуряване на армията	57
Видове санитарно-епидемични състояния	65
Някои основни въпроси на бактериологичната война	67
Възможности за прилагането на бактериологичното оръжие	69
Глава V. Организация на санитарно-химичната защита при употребата на бойни отровни вещества и атомно оръжие	75
Организация на медицинското осигуряване при употребата на бойни отровни вещества	75
Организация на медицинското осигуряване при употребата на атомното оръжие	79
Глава VI. Организация на медико-санитарното снабдяване във военно време	84
Органи и бази за снабдяване	84
Видове медико-санитарно имущество	85

Изисквания спрямо медико-санитарното имущество	86
Характерни особености в организацията на медико-санитарното снабдяване във военно време	87
Глава VII. Медицинско разузнаване	89
Глава VIII. Управление на медицинската служба	98
Основи на управление на медицинската служба	100
Вземане на решение по медицинското осигуряване	102
Маневър със силите и средствата на медицинската служба	106

## СПЕЦИАЛНА ЧАСТ

Глава IX. Основни положения по медицинското осигуряване на отбранителния и настъпателния бой	111
Медицинско осигуряване на отбранителния бой	111
Медицинско осигуряване на отбраната	113
Медицинско осигуряване при маневрена отбрана	115
Медицинско осигуряване на настъпателния бой	117
Глава X. Медицинско осигуряване на стрелкова рота	122
Състав, задачи и стъпкване на санитарното отделение на ротата	122
Задачи на командира на санитарното отделение	123
Редът на работа на ротните санитари	124
Изчисляване на ранения до местата за укриване или до „гиздата за ранения“	124
Работата на санитарното отделение на ротата в отбранителния бой	130
Работата на санитарното отделение в условията на настъпателния бой	131
Глава XI. Медицинско осигуряване на стрелковия батальон	135
Състав, задачи и стъпкване на медико-санитарния взвод	134
Батальонен медицински пункт (БМП) — място за разкриването му и функционални площадки	136
Задачи на батальонния медицински пункт	137
Обем на долекарската медицинска помощ	138
Организация на изпращането и извозването на ранените от ротните райони до батальонния медицински пункт	139
Пост на санитарния транспорт	142
Медицинско осигуряване на стрелковия батальон в позиционна отбрана	145
Медицинско осигуряване на стрелковия батальон в настъпателния бой	146
Глава XII. Медицинско осигуряване на стрелковия полк	148
Организация, състав и задачи на медицинската служба в стрелковия полк	148
Медико-санитарна рота — състав, стъпкване и задачи	149
Полков медицински пункт (ПМП)	150
Обем на работа и обем на медицинската помощ на полковия медицински пункт	155
Организация на евакуацията на ранените и болните в стрелковия полк	156

Медицинско осигуряване на стрелковия полк в отбранителния бой	158
Медицинско осигуряване на стрелковия полк при настъпателния бой	161
Глава XIII. Медицинско осигуряване на стрелковата дивизия	163
Организация, състав и задачи на медицинската служба в стрелковата дивизия	163
Дивизионен медицински пункт (ДМП)	166
Обем на медицинската помощ в ДМП	172
Организация на медицинското осигуряване на стрелковата дивизия	174
Глава XIV. Медицинско осигуряване на бойни действия в особени случаи	178
Медицинско осигуряване бойните действия на войските в планиско-гориста местност	178
Особености на медицинското осигуряване на бой в голям населен пункт	183
Медицинско осигуряване на мари със срещен бой	187
Медицинско осигуряване на войските при форсиране на река	192
Медицинско осигуряване на бойни действия през нощта	195
Медицинско осигуряване на бой през зимата	198
Глава XV. Кратки сведения за медицинската служба в родовете войски	203
Медицинската служба в бронетанковите и механизирани войски	203
Основни положения по медицинското осигуряване на военно-въздушните сили (ВВС)	208
Организация на медицинското осигуряване на военно-морските сили	211
Медицинска служба на военно-морските сили	212
Медицинско осигуряване на корабите	215
Вътрешнокорабна евакуация	219
Медицинско осигуряване на водна транспортировка на войски	221
Организация на медицинската помощ на пострадалите при десантни операции	221
Медицинско осигуряване на артилерията	223
Глава XVI. Кратки сведения за медицинската служба в отделната армия	225
Литература	239

ОРГАНИЗАЦИЯ И ТАКТИКА  
НА МЕДИЦИНСКАТА СЛУЖБА

Редактор: мед. л-р *Николай Г. Тончев*  
Техн. редактор: *М. Топанка*, коректор: *Ек. Димитрова*  
Художник на корицата: *П. Петрунов*

Печатни коли: 15,25  
Издателски коли: 15,25  
Дадена за набор на 22. X. 1955 г.  
Подписана за печат на 10. XII. 1955 г.

Формат 65/92/16, тираж: 2057, изд. № 6014-11-5  
Книжно тяло 6\*10 л., полуторни 2\*30 л., цена 8\*40 лв.  
до излизането от 1955 г.  
Издание на Държавно издателство „Наука и изкуство“  
Печатница „Дечо Стефанов“ — София 921,1955 г.



ОРГАНИЗАЦИЯ И ТАКТИКА НА МЕДИЦИНСКАТА СЛУЖБА  
Допуснати грешки

Стр.	Ред	Напечатано	Да се чете	По-точно
18	3	Смирнов	Смирнов	и-цата
67	19	Е. К. Каменов	Е. К. Каменов	автора
70	13	и закъснване на органи- зираната борба епидемии, койтейнери	да се използва най-вече срещу мирното население, контейнери	и-цата
72	7	санитарни	медицински	и-цата
113	30	лекарската	долекарската	автора
120	14	ги	се	.
120	34	но най-важното в съвре- менния бой остава	а също така	.
162	24	"пинаешком"	"пинешком"	.
197	41	стрелковия полк	стрелковия батальон	и-цата
203	37	наземните	наземните	автора
210	6	(ПАМОС)	(ПАМСС)	коректора
228	31	(виж схемата)	да не се чете	автора
233	32	за санитарната обработка	за кърпането	.
233	34	Медицинско осигуряване	да не се чете	.
242	13	на отбраната		.